

gruppi nella clinica

La formazione degli Operatori dell'assistenza dei pazienti terminali attraverso l'esperienza del gruppo allargato

G. RUVOLO*, M.V. CICERO**, G. DI STEFANO***, G. FALGARES****, F. PICONE**

Riassunto

Con questo lavoro intendiamo descrivere le caratteristiche, i principali processi e gli esiti del gruppo allargato utilizzato per scopi formativi, rivolto a medici e infermieri di una struttura pubblica operanti nell'area delle cure palliative. La teoria e la metodologia che supportano l'intervento sono derivate dall'elaborazione teorica gruppo-analitica che consente di prestare particolare attenzione alle dinamiche emotive, istituzionali e organizzative che si presentano all'interno del *large group*.

La visualizzazione e l'elaborazione dei vissuti degli operatori attraverso i processi di scambio e di ascolto in assetto di gruppo allargato si sono rivelati un utile strumento per sviluppare le competenze necessarie per la gestione professionale delle dimensioni emotive e relazionali presenti nell'incontro con i pazienti e i loro familiari.

Parole chiave: Large-group; Cure palliative; Formazione degli operatori di cura.

Training for care-givers of terminal patients through the experience of large-group

Summary

The paper focuses on some features, processes and results of large group training setting with oncologist medical palliativist doctors and nurses, in a public service. The underpinning theory and methodology of this intervention come from the group-analytic theory and application. We assume that the recurring phenomena

* Professore straordinario di Psicologia Dinamica, Università di Palermo.

** Dottoranda in Psicologia, Università di Palermo.

*** Psicologo, Dottore di ricerca in Pubbliche Relazioni, Università di Palermo.

**** Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca in Psicologia Generale e Clinica, Università di Palermo.

gruppi nella clinica

into a large group setting reproduce emotional, institutional and organizational dynamics of the work context of the participants.

In our opinion the large group setting, concerning with the participants' emotion involved in their professional context, let them to improve their relational resources in order to understand and sustain the terminally ill patients.

The recognition, the mental elaboration and the management of emotions occurred in large group setting can improve own self-control and professional skills toward the use of the interpersonal relationships as an important work tool.

Key words: Large-group; Palliative care; Training for care-givers.

Introduzione

L'area della formazione psicodinamica "attraverso" i gruppi (Ruvolo, 1989; Lo Verso e Ruvolo, 1990; Di Maria e Venza, 2002) ha ormai solide basi teorico-cliniche e una lunga tradizione di ricerca e di pratica. Come noto, all'interno di tale area, il gruppo di formazione medio-piccolo è stato considerato come il luogo privilegiato e più efficace per favorire la crescita personale e collettiva degli individui.

Pur sempre a partire da questa tradizione, da un po' meno tempo, vanno lentamente diffondendosi esperienze formative (soprattutto destinate agli operatori della salute che lavorano all'interno di strutture ospedaliere), che si avvalgono di un diverso ed altrettanto efficace dispositivo formativo: il gruppo allargato, concepito come spazio psicologico particolarmente adatto per esperire e gestire alcune specifiche dimensioni affettivo-emozionali che connotano quei contesti professionali all'interno dei quali la relazione di aiuto con l'"altro sofferente" costituisce la specifica *mission*.

Scopo del presente contributo è descrivere l'uso del gruppo allargato nella formazione di medici ed infermieri operanti nell'area delle cure palliative, con particolare riferimento ad un'esperienza da noi condotta nell'ambito di un progetto formativo regionale finalizzato ad accrescere le competenze cliniche ed etiche di operatori che si apprestano ad offrire il proprio servizio all'interno di alcuni, ed ancora pochi, centri ospedalieri siciliani (denominati *Hospice*) che, avendo recepito le normative ministeriali in tema di cure palliative, stanno cominciando ad offrire specifici interventi assistenziali al malato in fase terminale.

1. Cure palliative e "percorsi del morire". Il large group come strumento di formazione

Prima di addentrarci nella descrizione dell'esperienza, riteniamo utile soffermarci su alcune dimensioni che, spesso, hanno importanti ricadute sull'esercizio del ruolo del palliativista.

Le cure palliative sono primariamente volte ad alleviare il dolore e tutti i sintomi associati alla progressione di una patologia degenerativa, in particolare, nei malati in fase avanzata di malattia e prossimi alla morte. Nello specifico, esse consistono in interventi terapeutici ed assistenziali rivolti a pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici; pertanto, l'obiettivo delle cure è esclusivamente quello di migliorare la qualità della vita attraverso il controllo del dolore e degli altri sintomi fisici, e il supporto psicologico, relazionale e sociale valorizzando le risorse del paziente, della sua famiglia e del tessuto sociale in cui questi sono inseriti.

Il mandato istituzionale di medici e infermieri palliativisti che lavorano nei reparti di oncologia è caratterizzato da un elevato investimento emotivo a causa del costante confronto con il tema della sofferenza e della morte (Rosso, Nobile, Vidili, 1990). Il senso di frustrazione per i limitati successi terapeutici, l'eccessiva pressione lavorativa, i difficili rapporti con i familiari dei pazienti, il confronto con aspetti del paziente che evocano eventi dolorosi personali, rendono il lavoro nelle corsie dei reparti di oncologia un *lavoro di frontiera*, dove i livelli di stress e distress psicologico sono tali da compromettere la necessaria sensibilità verso i pazienti e le loro famiglie (Cata-

gruppi nella clinica

lan, Burges, Pergami, Hulme, Gazzard, Phillips, 1996; Freudenberger, 1974, 1980; Morasso, 1998).

Va detto, inoltre, che al di là delle implicazioni personali e di ruolo, di fondamentale importanza per chi intenda progettare un lavoro formativo, quella delle cure palliative è un'area dell'operare medico che si contraddistingue per diverse specificità che rendono la pratica professionale, almeno su un piano ideale, davvero rivoluzionaria rispetto al panorama medico-scientifico tradizionale (i cui "limiti" storico-culturali relativi alla relazione col paziente sono ben noti), ma che paradossalmente contribuiscono ad accrescere il carico emozionale degli operatori che vi operano.

Basterebbe pensare, per esempio, che la cura palliativa si caratterizza per il fatto di essere tutta rivolta all'uomo e ai suoi più profondi bisogni, e non alla malattia (Ventafridda, 2002); la medicina palliativa, in tal senso, non va confusa con una pratica di medicalizzazione del morente, al contrario, essa mira a coniugare le competenze cliniche con quelle psicologiche e relazionali, al fine di stabilire un legame, denso e ricco di significati, con i bisogni di chi soffre, con chi, afferma Pinkus (2002), "chiede di essere accompagnato dignitosamente nell'ultima fase della sua esistenza, nella quale si inverano le relazioni personali ed ideali della persona". Vi è di più, le cure palliative costituiscono una sfida a quella medicina parcellizzante e riduttivista spesso imperante; esse sono portavoce della necessità di valorizzare e riconoscere importanza agli aspetti relazionali della sofferenza del malato, della sua famiglia, degli operatori.

Infine, la medicina palliativa sembra contrastare quella negazione, irrepresentabilità e rimozione collettiva della morte che è tipica della stessa medicina, ma anche del nostro tempo, valorizzando addirittura "la qualità del morire"*. Come afferma Zanasi (2001), tale irrepresentabilità della morte, nella società moderna, sembra si manifesti con maggiore evidenza proprio nei luoghi e nelle situazioni deputate alla gestione della morte e dei morenti, dove diventano massicce le strategie di negazione e spostamento.

Alla luce di quanto fin qui detto, crediamo che il problema di fondo** degli operatori che si confrontano quotidianamente con la morte (cfr. Zanasi, 2001; Marinelli, 2001; Bruni, 2001), riguarda, da un lato, il possesso delle necessarie competenze (risorse) relazionali, personali e professionali - che certo non sono doti innate - che la medicina palliativa richiede per suo precipuo mandato; dall'altro, le difficoltà più profonde vissute dagli operatori attraversati da una cultura bio-medica e tendenzialmente a-relazionale che spinge verso il rifiuto netto dei propri (s)coinvolgimenti emotivi che inevitabilmente la relazione con l'altro sofferente determina. Per queste ragioni, crediamo che una formazione professionalizzante in tale ambito comporti per prima cosa l'approfondimento degli aspetti implicativo-

* In realtà, il problema della morte è uno dei nodi problematici più complessi che attraversano l'esistenza umana; già Freud [1915] sosteneva che "la propria morte è irrepresentabile, e ogni volta che cerchiamo di farlo possiamo constatare che in realtà continuiamo a essere ancora presenti come spettatori (...). Nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità".

** Peraltro emerse, come vedremo in seguito, durante l'esperienza da noi condotta, fino al punto da costituire i "temi" su cui i gruppi di formazione hanno lavorato maggiormente.

emozionali che fondano la relazione curanti-paziente (Cellerino,1996; Scanni e Cellerino,1995), la rete di relazioni all'interno della medesima équipe (Morasso, 1998) e delle dinamiche psicologiche sottese al confronto con il morire.

Riteniamo che da questo punto di vista il gruppo allargato si configuri come efficace strumento formativo, in grado di favorire l'elaborazione e l'attraversamento delle emozioni destabilizzanti vissute dagli operatori nelle relazioni di lavoro affinché possano essere trasformate in indispensabili risorse professionali per comprendere e sostenere i pazienti. I capisaldi teorici e di teoria della tecnica dei gruppi allargati provengono dalle intuizioni di Foulkes (Dalal, 1998) e dai contributi della scuola italiana di gruppoanalisi (Napolitani, 1987; Profita e Ruvolo, 1997; Di Maria e Lo Verso, 2002), che sottolineano la concezione costitutivamente sociale dell'uomo, la centralità dei concetti di "gruppalità interna" e di "matrice di gruppo" nella struttura della personalità e nelle relazioni intersoggettive, l'importanza del contesto istituzionale e comunitario per una comprensione non individualistica e riduttiva dei fenomeni psichici. Il gruppo allargato ha la caratteristica di essere composto da più di trenta partecipanti e, proprio per le sue dimensioni, costituisce una microcomunità avente una sua peculiare microcultura che rappresenta una sorta di ponte, un'area transizionale tra il mondo psichico interno e il più ampio contesto culturale esterno (De Maré, Piper e Thompson,1991).

Secondo questa prospettiva, il modello operativo del gruppo allargato si basa sulla costante osservazione delle relazioni tra il Gruppo, il Conduttore e il Contesto socio-culturale di riferimento, partendo dall'ipotesi che ciò che accade nel "qui e ora" del gruppo manifesti ed esprima ciò che i partecipanti sperimentano nel loro contesto istituzionale lavorativo (Ancona, 2002; Kreeger, 1975; Ruvolo e Di Stefano, 2002). La possibilità di elaborare le emozioni e gli eventi sperimentati nel gruppo consente ai partecipanti di acquisire nuove consapevolezze e soluzioni, e di trasportarle nel contesto di provenienza. Il dialogo con gli altri permette di scoprire potenzialità inaspettate attraverso il riscontro di nuove strategie cui il gruppo, nel suo insieme, perviene nel corso stesso dell'esperienza confrontandosi con eventi di forte impatto emotivo.

Il metodo di conduzione è essenzialmente "non direttivo" per consentire la comunicazione libera e spontanea dei membri del gruppo, e facilitare l'emergere dei vissuti e delle rappresentazioni dei partecipanti secondo la loro visione soggettiva. Il conduttore funge esclusivamente da supporto dell'esperienza e garante del setting, scandisce i vincoli e i confini del dispositivo esperienziale e favorisce l'apprendimento dei partecipanti su se-stessi-in-relazione-agli-altri. Gli incontri avvengono in un contenitore spazio-temporale predefinito che scandisce i limiti dell'esperienza, e i partecipanti si dispongono in un assetto circolare al fine di rendere tutti visibili e rappresentare la possibilità che sia il conduttore sia i membri del gruppo abbiano la medesima facoltà di intervenire.

2. Il contesto e le caratteristiche dell'intervento

L'esperienza di gruppo allargato è stata inserita all'interno di un Corso di Formazione Regionale sulle cure palliative rivolto a 44 medici oncologi e 60 infermieri di varie strutture sanitarie della Sicilia, finalizzato a formare operatori dotati di alta professionalità sotto l'aspetto clinico ed etico nell'ambito degli interventi assisten-

gruppi nella clinica

ziali sul malato in fase terminale, ma anche a favorire la strutturazione, l'integrazione e l'interdisciplinarietà dell'intervento sanitario, lo sviluppo della capacità di accompagnamento alla morte e di supporto al lutto. L'attività formativa si è svolta, separatamente per medici e infermieri, lungo 4 sessioni di lavoro di un'ora e mezza ciascuna, nell'arco di un'unica giornata, con uno staff composto da un conduttore, due co-conduttori e un osservatore. Le sedie sono state disposte in tre cerchi concentrici consentendo ai partecipanti di prendere posto liberamente. All'avvio, il conduttore, dopo avere brevemente presentato il dispositivo (per molti non familiare), gli obiettivi e le modalità di lavoro, ha proposto un breve stimolo letterario pertinente all'esperienza della malattia terminale, dal punto di vista del paziente, rispetto al quale ha invitato i partecipanti ad esprimere liberamente sensazioni ed emozioni da esso attivate. A partire da questo spunto, si è dipanato un dialogo spontaneo tra i membri del gruppo con contenuti e dinamiche in parte simili e in parte differenti per le due categorie professionali.

3. Il large-group con i medici

Nell'esperienza di gruppo con i medici, le dinamiche relazionali, gli eventi emersi e la stessa disposizione spaziale dei partecipanti durante la giornata di lavoro sembrano offrire una rappresentazione immediata dei loro vissuti e riflettere in maniera speculare la sofferenza, le difficoltà e i contrasti dei pazienti in bilico tra la vita e la morte, compresi i fenomeni presenti nell'equipe di lavoro in ospedale. Attraverso il gruppo, i singoli partecipanti hanno potuto prendere consapevolezza di tale specularità e delle strategie esperienziali e relazionali di approccio vissute nella loro pratica professionale e nei contesti di provenienza. L'esperienza del gruppo allargato con i medici inizia con la lettura del conduttore di una poesia scritta da un paziente malato di tumore che esprime in versi il suo vissuto sulla malattia che lo affligge. Dopo la lettura si avvia un dialogo, inizialmente frammentato e sconnesso, che conduce gradualmente a far emergere il tema principale: esiste, e se sì, qual'è l'atteggiamento più "corretto" da assumere di fronte alla consapevolezza della malattia? E ancora, è possibile assumere la giusta distanza rispetto all'ammalato? Il curante deve guardarlo "da dentro" identificandosi con la sua sofferenza o osservarlo "da fuori", assumendo un asettico distacco professionale?

Il gruppo, infatti, sembra dividersi in due "fazioni" nettamente distinte. Da un lato, alcuni partecipanti mettono a nudo le loro difficoltà: il dramma della malattia costringe a ridimensionare le ambizioni quotidiane per rivolgere la propria attenzione verso "ciò che è veramente importante", dall'altro molti sottolineano il senso di responsabilità del loro ruolo come nel momento in cui si rende necessario prendere delle decisioni (per esempio scegliere se operare o meno un paziente anche se l'intervento comporta notevoli rischi, oppure se e come comunicare la malattia al paziente e ai familiari), esternando prevalentemente sentimenti di impotenza, paura, frustrazione e solitudine; essi ritengono che il contatto quotidiano con la sofferenza, la disperazione e la morte tolga tempo ed energie alla loro vita, logori loro lo spirito e, soprattutto, li obblighi a pensare alla loro morte, mettendo in gioco anche que-

stioni etiche e valoriali. Qualcuno dei partecipanti suggerisce che l'unico modo "per entrare dentro il problema" sia provare ad immaginare come ci si possa sentire sapendo di essere ammalati. Ma tale idea scatena forti vissuti di rabbia, frustrazione, senso di impotenza (amplificati dal loro ruolo di *curanti*). Essi dichiarano espressamente di aver bisogno di aiuto ed è proprio questa parte del gruppo che esprime con forza una domanda: "Chi si prende cura del medico?". Dall'altro lato, invece, altri partecipanti, con un atteggiamento fortemente difensivo, ritengono assolutamente fuori luogo, se non addirittura nocivo, esplicitare i vissuti emozionali, nel presupposto che prendere consapevolezza della paura e dell'angoscia crei soltanto dei "problemi psicologici" che non riguarderebbero affatto la competenza professionale di medico: "un bravo medico deve fare appello alle tecniche professionali, questo è il modo per non sentirsi mai impotenti". Una parte del gruppo sembra identificarsi con il mandato istituzionale del *ruolo del medico*, il cui compito "è più di dare che di ricevere, di accudire più che di essere accuditi" (Bruni, 2001). Un atteggiamento di tal genere non lascia spazio alla possibilità di creare uno spazio mentale dove sia possibile pensare ed elaborare l'insieme dei vissuti suscitati dalla inevitabile – seppure non voluta – partecipazione.

Si costituisce un dibattito acceso tra i due schieramenti che sembrano drammatizzare il tema della scissione tra somatico e psichico, che genera un'oscillazione tra onnipotenza e sensibilità: "medici presunti sensibili ma impotenti" assorbiti dalle loro e altrui fragilità emotive *contro* "medici presunti onnipotenti ma insensibili". Tale scissione si rappresenta anche attraverso l'atteggiamento e la disposizione spaziale dei partecipanti: i primi si mostrano molto coinvolti, pronti a mettersi in gioco e sono seduti nei due cerchi centrali; i secondi si mostrano apparentemente freddi e distaccati, manifestano un chiaro disinteresse occupando alcune sedie vicine alla porta di uscita, uscendo dalla stanza o sfogliando una rivista.

Essi mettono, quindi, in scena la lotta tra la parte "personale-emotiva" di se stessi che si sente coinvolta e la parte "professionale-medico" che vuole tenersi – per paura, per incompetenza o per scelta - lontana da questi vissuti. Nonostante i medici, comunque, assicurino che ascolto e sostegno al paziente vengono sempre offerti, emerge chiaramente la difficoltà ad ascoltare con tolleranza le proprie reazioni emozionali accettando di non essere onnipotenti. A questo punto, l'attenzione del gruppo si catalizza intorno ad una donna (E.), la più giovane dei medici, che di fronte ai continui scontri, reagisce con rabbia; è emotivamente molto coinvolta, ritiene assurdo negare le ansie e le sofferenze legate al lavoro di medico e riporta bruscamente il gruppo alla realtà dell'attività quotidiana in ospedale. Con un lungo sfogo, dice: "Nessuno dei miei pazienti vuole prendere coscienza che sta morendo, loro vogliono parlare soltanto di argomenti futili e non vogliono affrontare la morte..., sono disperati!" E. dice di trovarsi costretta, ogni giorno, a prendere delle "decisioni mostruose in totale solitudine". In particolare, racconta un episodio significativo in cui crede di aver colluso con i bisogni di una famiglia disperata, negando l'irreversibilità della malattia del paziente e offrendo tutto il suo sostegno affettivo instaurando con la paziente e la sua famiglia un rapporto confidenziale fortemente empatico. Confessa, però, di sentirsi molto colpevole, incapace di riportare i familiari alla realtà e frustrata per aver colluso con il bisogno di illusione di una famiglia che vive un terribile dramma; pensa di aver fallito con le cure mediche e sa che il suo affetto non servirà a salvare la vita della paziente. Si chiede come sia possibile gestire il carico di aspetta-

gruppi nella clinica

tive che la paziente e i familiari ripongono su di lei. Il conduttore legge il movimento del gruppo come continue oscillazioni tra la figura del “medico onnipotente e quella del genitore protettivo”, esito di una difficoltà ad integrare l’aspetto professionale e quello personale, necessariamente copresenti nella relazione. Come deve comportarsi un medico *sufficientemente buono*? Come è possibile essere un professionista ed allo stesso tempo fare della implicazione personale uno strumento di lavoro, invece che subirne gli effetti come “indesiderati fastidi”?

Le confessioni delle debolezze personali della giovane medico suscitano nel gruppo un moto di ribellione: un gruppo di colleghi le consiglia di usare come strumenti di cura esclusivamente il camice e lo stetoscopio che, assolvendo simbolicamente una funzione difensiva, permettono al medico di svolgere appieno il suo mandato occupandosi del corpo sofferente: “la *ragazza* ha sbagliato mestiere, il suo atteggiamento è errato, è troppo coinvolta ed impetuosa forse perché è ancora troppo giovane... le emozioni *si devono saper controllare e mettere da parte*”. Ma, dall’altra parte, i medici con maggiore esperienza le indicano il modo *giusto* per compiere il suo lavoro: “solo dicendo tutta la verità alla paziente potrà entrare nel mondo degli oncologi palliativisti”. In questo tentativo di difesa della propria identità psicofisica si verifica un movimento retto dall’impossibilità a prendere contatto con gli affetti dolorosi per mezzo di misure difensive (negazione, rimozione, identificazione proiettiva) che generano un allontanamento emotivo dai propri vissuti e dal paziente. Altri partecipanti, invece, si sentono empaticamente vicini alla narrazione della collega, riconoscono che è molto difficile dire la verità a chi non vuole saperla e tollerare la frustrazione di non poter guarire il paziente; probabilmente, in questi casi, il lavoro di offrire supporto emotivo è un modo efficace per aiutare i familiari e anche per non sentirsi impotenti. Anche altri medici, a questo punto, si aprono raccontando alcuni episodi significativi.

Tuttavia, il dibattito tra i due “schieramenti” non si attenua, diventa un conflitto aperto come se si dovesse stabilire chi ha ragione e chi ha torto, fino a quando il gruppo arriva alla conclusione che, in queste circostanze, bisogna imparare a controllare e mettere da parte le emozioni attraverso un lavoro di elaborazione personale che il medico/persona deve fare con se stesso ancor prima di entrare in contatto con il paziente. La giovane donna esplicita ora che rimane profondamente infastidita perché ha avuto la sensazione che il gruppo stesse cercando di “guarirla dalla malattia di sentire le emozioni”. In effetti, la possibilità di riconoscere ed utilizzare le proprie emozioni per crescere professionalmente viene vissuta come un’esperienza estremamente difficile, forse ancora per la maggior parte impensabile e foriera di minacce paniche. Il clima cambia completamente soltanto quando una donna estremamente sensibile, ma anche forte e tenace, sembra finalmente rispondere efficacemente ad E.; ella descrive il proprio vissuto personale rispetto all’influenza che hanno avuto i pazienti sulla sua vita e, soprattutto, sul suo percorso professionale. Dice che è molto difficile gestire l’angoscia e la “totale messa in discussione di se stessi” di fronte alla malattia e alla morte, deve spesso fermarsi per riprendere fiato, ma quando ricomincia, sorgono sempre nuovi problemi e si sente nuovamente azzerata: “comunicare ad un paziente che sta morendo”, dice, “significa ammettere a se stessi che non c’è più niente da fare, che si è impotenti,... bisogna fare i conti con una durissima realtà contro la quale non si può combattere perché non dipende da noi! Ma

spesso, quando si dice ad un paziente che sta morendo, egli reagisce cambiando in meglio la sua vita, sfruttando al massimo il tempo che gli rimane, realizzando dei progetti e preparando le persone care alla sua scomparsa. In questo senso, il paziente ha molto da insegnare ad un medico, cambia la sua vita sia a livello personale che professionale e, attraverso le emozioni che trasmette, gli permette di crescere, essere più sensibile e migliorare le relazioni con gli altri". La donna è particolarmente incisiva e le sue parole risuonano fortemente emozionanti, ma allo stesso tempo trasmettono un registro emotivo positivo, vitale, non minacciante: ella sembra fornire implicitamente un modello nel "qui ed ora" di come sia possibile riconoscere i propri vissuti, avvertirne anche tutto il carico di disagio, e, senza cercare di liberarsene sbrigativamente, farli oggetto di rappresentazione mentale per trovare, infine, un modo per renderli disponibili nello scambio con i pazienti, i familiari ed i colleghi. Molti partecipanti ora concordano sull'evidenza che la relazione con i pazienti ha costituito o può costituire un'esperienza personale di apprendimento e di cambiamento per loro. Spesso sembra che la decisione di non comunicare la diagnosi al paziente sia una difficoltà del medico a sopportare la verità: questo ritiro dalla comunicazione assolve alla necessità difensiva dell'equipe curante ad affrontare il problema della realtà del paziente, negando la valenza trasformativa che lo spazio della parola potrebbe assumere. Da questo punto di vista, la notizia della morte può rappresentare un regalo per il paziente, in quanto offre la possibilità di vivere in maniera più consapevole il tempo che resta.

A conclusione dell'esperienza, il gruppo rivela che queste testimonianze indicano quanto sia importante, attraverso la presa di consapevolezza e l'elaborazione dei vissuti personali, dare un significato alle emozioni e alle ansie per utilizzarle come strumenti di lavoro nella loro quotidiana professione. Inizia a costituirsi la consapevolezza che il disagio che deriva dal costante contatto con la malattia e la morte, possa essere attraversato ed elaborato in modo da non costituire più una perdita di tempo e di energia, come si diceva inizialmente, ma un'indispensabile risorsa professionale e un arricchimento personale. Se è evidente che "l'uomo non sopporta troppe verità", è altrettanto vero che solo la consapevolezza della morte può restituire alla vita la sua ineludibile cornice di senso. Ma fino alla conclusione dei lavori l'iniziale frattura, che aveva contraddistinto le giornate di lavoro vedendo una netta separazione fra la parte emotiva e quella razionale del gruppo dei medici, diventa ancora più evidente rimandando ancora una volta alla difficoltà di affrontare la pesantezza e la dolorosità delle emozioni implicate nel lavoro: mentre una parte del gruppo si dispone del tutto fuori dai tre cerchi vicino alla porta di uscita, l'altro gruppo si concentra intorno al conduttore cercando di dialogare direttamente con lui sui temi del senso di colpa, dell'angoscia per la morte, della scelta della professione di aiuto. Lo staff di conduzione segnala questa frattura affinché non venga ignorata, ma non può certamente sanarla! Essa rimarrà come l'esito più problematico, a partire dal quale i partecipanti potranno ancora riflettere dopo il gruppo e nella loro azione professionale. In fondo il conflitto aperto del finale è già un momento di transito rispetto alla precedente presa di distanza difensiva che non permetteva un confronto e un pensiero.

gruppi nella clinica

4. Il large-group con gli infermieri

Questo *large group* sembra fortemente in continuità con quello dei medici, perché anche in questo caso, almeno nella prima parte, il filo conduttore è costituito dal “tema della verità”, ovvero, quanto sia emotivamente “costoso” comunicare con schiettezza ad un paziente e ai suoi familiari la diagnosi di una malattia terminale. Si tratta di una questione molto complessa, infatti, che rimanda, sia in chi riceve la “notizia” sia in chi ha il ruolo di dare la “notizia”, al problema dell'accettazione ed elaborazione della finitezza e ineluttabilità della vita. Tale tema, in effetti, non compare casualmente, ma è fortemente indotto dalla suggestiva lettura introduttiva che riporteremo appresso. Ciò che contraddistingue questi operatori, però, rispetto ai medici è certamente la maggiore disponibilità a mettersi in gioco e ad esprimere le proprie esperienze difficoltose senza dover difendere l'immagine stereotipata del professionista asettico e inattaccabile, ma anche la maggiore sensibilità verso la sofferenza propria e dei pazienti presumibilmente attribuibile al loro continuo contatto con i pazienti terminali. Il testo-stimolo iniziale è un tenero dialogo tra due bambini ricoverati in ospedale, uno dei quali ha un tumore e confida all'altro di essere lì perché *sta aspettando di morire*. Egli dice che ha capito tutto da solo perché nessuno ha avuto il coraggio di dirglielo. È molto triste perché la sua mamma non va più a trovarlo e non riesce a comprenderne il motivo; ancora più insensato per lui è il fatto che la madre stia aspettando un altro figlio proprio in un momento così difficile.

La lettura crea subito un clima di commozione tra i partecipanti per la consapevolezza e la saggezza dimostrata da *un bambino*, mentre l'atteggiamento denegativo degli adulti che non riescono ad ammettere la verità o la rifuggono cercando conforto in una nuova vita (come ha fatto la madre del nostro protagonista/bambino) suscita al contempo rabbia e compassione.

Per associazione di pensiero, una partecipante offre un contributo che si rivela di grande importanza per il gruppo: narra la storia, da lei presentata come “un'esperienza meravigliosa”, di un piccolo paziente di tredici anni (V.) affetto da un tumore irreversibile.

Nella storia di V. il rapporto con la madre assume una funzione essenziale: è lei che, attraverso la fede, il sostegno amorevole e il dialogo sincero, aiuta il figlio a dare un significato alla malattia e ad accettarla, preparandolo ad affrontare la sofferenza e rispondendo a tutte le sue difficili domande: “Perché non posso più andare a scuola? Perché mi cadono i capelli? Perché devo fare la terapia?”. La madre però, ad un certo punto, vive un crollo emotivo, non riesce a sopportare l'aggravarsi della malattia del figlio, fino a sperimentare un profondo stato di depressione.

A questo punto i ruoli si invertono: ora è V. ad aiutare la madre ad affrontare la recrudescenza della malattia accompagnandola verso l'inevitabile evento della sua morte con una maturità e una serenità inaspettata. Il piccolo è, perfino, capace di sostenere gli operatori che fino ad allora si erano presi cura di lui. Infatti, poco prima di morire, egli organizza una cena per ringraziare e salutare tutti i medici e gli infermieri che lo hanno assistito. Con questo invito il piccolo paziente mette a dura prova la loro capacità di sopportare il personale coinvolgimento emotivo costringendoli a guardare in faccia la loro impotenza di fronte all'imminenza della sua morte, fino a quando, alla fine della serata, malgrado l'evidente sofferenza fisica,

propone un brindisi che lascia i commensali profondamente meravigliati: egli dice di voler brindare “a questo momento”, cioè alla piena consapevolezza di essere comunque vivo sebbene tra poco non lo sarà più. In questo modo egli sembra in effetti celebrare ancora più fortemente la propria vitalità, che si esprime nell’attraversare “questo momento” ad occhi aperti, piuttosto che subirlo depressivamente e passivamente.

La storia di V., oltre a creare una profonda commozione nel gruppo, dimostra ancora una volta che i bambini, abitualmente considerati fragili, si rivelano inaspettatamente maturi e in grado di esprimere la loro “naturale e straordinaria capacità di metabolizzare anche gli eventi più atroci”, ma soprattutto sembra essere una vera e propria “lezione professionale” perché suggerisce una *strategia di elaborazione psichica* che permette di prendere contatto sia con le parti emotive, spaventate e bisognose di cure, sia con le parti mature e forti capaci di prendersi cura di sé e degli altri. L’esperienza di V. rappresenta paradigmaticamente la possibilità di sperimentare la relazione infermiere-paziente come vitale e positiva proprio perché vissuta come “circolare” e non unidirezionale: infermiere sano e forte *versus* paziente malato e fragile. Come V. è stato in grado di affrontare la sua morte e restituire alla madre l’amore e il coraggio di cui lei lo aveva inizialmente “nutrito”, allo stesso modo, nella relazione di cura, quanto più gli operatori sono in grado di creare un ambiente contenitivo e accogliente tanto più saranno ricompensati dalle risorse emotive del paziente; in questa logica, la professione del curante non si connoterà più come un’attività che depaupera ed esaurisce, ma come una possibilità di scambio che non solo rende più tollerabile la fatica del lavoro, ma restituisce il senso profondo della “relazione di cura”.

Dopo queste considerazioni gli infermieri appaiono concordi rispetto alla necessità di creare uno spazio per potersi confrontare sui vissuti che provano quotidianamente, poiché negli ospedali non è consentito “smascherare le emozioni”. Questa estrema disponibilità del gruppo stupisce notevolmente lo staff di conduzione; ci si chiede quali bisogni abbiano questi operatori così aperti e sensibili, ma ben presto si scopre che “trattare le emozioni” non è così semplice e non sempre è sufficiente. Per alcuni membri del gruppo, infatti, risulta altrettanto importante trovare la giusta distanza tra l’elemento tecnico e quello affettivo e ci si accorge gradualmente della difficoltà di gestire emozioni imprevedibili che si provano nell’incontro con l’altro e che possono divenire incontrollabili minacciando un’*identità di ruolo* di curanti. Senza un’adeguata formazione a riconoscere ed elaborare professionalmente i vissuti prodotti nelle relazioni di cura si corre il rischio di lacerare il *camice-pelle*, unica e ultima difesa contro la paura della morte, rimanendo scoperti e indifesi. Questa tematica si affronta più chiaramente quando un’infermiera racconta la sua esperienza in Albania, un Paese straniero dove scopre di essere “estranea a se stessa” perché si accorge di provare dei sentimenti inaccettabili di avversione nei confronti di un popolo che presenta dei valori e delle regole non soltanto “lontane”, ma addirittura inconcepibili. In questo Paese il valore della vita umana sembra “pesare” in modo profondamente diverso. La donna dice: “Se qui in ospedale si combatte strenuamente per salvare la vita di ogni paziente, lì la vita di un singolo individuo può non significare nulla e diventa assolutamente normale ammazzare qualcuno per motivazioni futili”. La domanda che pone l’infermiera, ma che riguarda molti del gruppo è: “Come è possibile aiutare gli altri quando si perdono di vista i propri valori e si ha

gruppi nella clinica

bisogno prima di aiutare se stessi?”. “La questione degli albanesi” è controversa e diventa oggetto di un’animata discussione in cui sembra che il gruppo sfoghi la forte tensione emotiva accumulata nella fase precedente: la particolare situazione politica disagiata e il contesto socio-culturale precipuo degli Albanesi può giustificare il ribaltamento dei valori civili o bisogna condannare l’illegalità delle loro azioni? I partecipanti si agitano e il clima diventa conflittuale, i conduttori notano che il gruppo riesce ad esprimere i sentimenti e, soprattutto, le sofferenze con grande genuinità, ma che contemporaneamente sembra sperimentare parti aggressive e incontrollate che a volte pongono gli uni contro gli altri. L’incontro con il popolo albanese diventa, allora, la metafora per riflettere sulla tendenza di ognuno ad affermare la propria verità, la difficoltà a vedere la complessità delle cose e ad accettare l’altro come portatore di un vissuto che non ci appartiene. Inoltre, esattamente come ci poniamo in un atteggiamento di rifiuto verso gli altri diversi da noi, allo stesso modo proviamo paura verso la parte estranea e imprevedibile che è dentro ognuno di noi. La difficoltà di accettare il diverso da sé si declina in una dimensione sempre più aggressiva con l’intervento di un uomo molto arrabbiato che sfoga la sua collera prendendosiela con una fantasmatica istituzione che non funziona: “Ognuno di noi si prefigge degli obiettivi ideali e dei percorsi terapeutici ottimali, ma quasi sempre sono irrealizzabili a causa della scarsa collaborazione tra colleghi, dell’inefficienza dei mezzi e delle strutture e soprattutto per colpa di un sistema disorganizzato contro il quale non si può far nulla!”. L’uomo sente di lottare in solitudine contro un “sistema disorganizzato” che è impossibile cambiare e l’idea di una istituzione sorda rispetto ai bisogni dei curanti determina un forte senso di impotenza che si trasforma in rabbia ed aggressività espresse. Alcuni attuano una immediata ribellione verso il discorso dell’uomo definendo le sue parole come una pretesa *sindacalista*. “Chi ragiona in questo modo non cambierà mai nulla perché con un atteggiamento di passivo vittimismo sposta la responsabilità dei problemi verso un’autorità esterna che può essere soltanto subita, ma è necessario comprendere che *il sistema* è costituito anche noi e che se vogliamo le cose si possono cambiare!”.

Nel gruppo si crea una forte tensione che sembra riprodurre l’insofferenza vissuta nel contesto lavorativo: nell’organizzazione ospedaliera, i curanti non si sentono ascoltati, si trovano da soli, costretti ad urlare il loro disagio attribuendolo ad altri fuori di sé o tramutandolo in accuse reciproche, con il risultato che, in un coro di voci confuse, nessuno può più sentire la richiesta di aiuto dell’altro. Il conduttore contiene l’agitazione del gruppo dando un preciso significato a ciò che in quel momento sta accadendo: “Sembra che il pericolo degli albanesi, degli estranei, degli altri-diversi-da-noi non sia affatto scongiurato, essi sono molto vicini, presenti in noi stessi e pronti a manifestarsi improvvisamente quando emergono l’angoscia e la difficoltà ad intendersi. Anche qui è possibile “scaricare” la responsabilità sulle strutture e sul governo, senza pensare a cosa ognuno può realmente fare come protagonista attivo di un sistema, del quale fa parte, per non rimanere inerme e solo. Grazie a questo stimolo arrivano due testimonianze molto preziose che sembrano offrire delle possibili soluzioni ai principali problemi emersi: “fronteggiare il sistema” e “vincere una solitudine patogena”.

Una donna minuta racconta la sua lotta coraggiosa contro la *cultura mafiosa* che vigeva nell’ospedale in cui ha lavorato per anni con il ruolo di capo-sala: tra gli operatori

perduravano delle regole implicite e un'indiscutibile gerarchia di potere che determinavano le modalità comportamentali tra i colleghi e la loro relazione con i pazienti, ogni cosa diventava merce di scambio per ottenere degli utili personali e, soprattutto, ogni servizio di cui i pazienti avevano diritto veniva erogato come un favore, se non addirittura barattato in cambio di qualcos'altro.

La capo-sala dimostrava palesemente che "non ci stava a tollerare questo regime", esprimendo a viso aperto il proprio dissenso, fino a subire, un giorno, una vera e propria minaccia armata; non si è lasciata intimorire, ma con la sua fermezza è riuscita a fronteggiarla senza paura, dimostrando di essere più forte del sistema. Da quel momento è riuscita ad acquisire un potere e a prendere le redini della situazione, ha messo in ginocchio l'organizzazione illegale ristabilendo la responsabilità di ogni membro del personale e restituendo dignità ai diritti degli ammalati.

Il gruppo ha ascoltato tutto il racconto con attenzione e ammirazione e "l'uomo-sindacalista" è rimasto senza parole. La donna ha dimostrato che considerarsi vittime non cambia nulla, ma è possibile utilizzare il sentimento di intolleranza verso le ingiustizie lottando in prima persona per affermare i propri valori.

Ma è sempre possibile fare ciò nella realtà e nella solitudine delle corsie ospedaliere o si tratta di una storia isolata ed eccezionale che crea soltanto delle utopistiche illusioni? E quanto i valori e i desideri degli operatori sono condivisi?

Da queste riflessioni prende spunto la seconda storia in cui, invece, la sofferenza diventa malattia: un'infermiera, con una lunga attività con i malati di leucemia, racconta la sua emblematica esperienza in cui la solitudine ha rappresentato il luogo in cui si è generato il malessere e dove la possibilità di scambio e relazione ha costituito la sola possibilità di guarigione. Dal suo racconto emerge come l'essere stata totalmente assorbita da un ambiente mortifero, senza un "contenitore" in cui poter elaborare le angosce derivate dal continuo contatto con i pazienti leucemici, abbia fatto sì che tutto ciò che esperiva a livello emozionale attraversasse il suo corpo fino a farlo ammalare realmente. La partecipante racconta di essersi improvvisamente trovata "in bilico tra la vita e la morte": aveva somatizzato tutte le caratteristiche della leucemia, la perdita dei capelli, l'astenia, la sensazione di vomito continua, insieme ad un profondo stato di malessere che la trascinò verso una depressione maggiore. Il suo corpo stava esprimendo, senza censure, la sofferenza psichica provocata dal lavoro solitario con i malati terminali. La sua risalita è cominciata soltanto quando è riuscita a chiedere aiuto e a contare sull'amore del marito, degli amici e dei colleghi che l'hanno sostenuta. Ora è orgogliosa di avere sconfitto la malattia, ha festeggiato la sua vittoria, ma ha soprattutto ringraziato le persone che le sono state accanto incondizionatamente durante "la battaglia".

A questo punto, la domanda che risuona nel gruppo è: "Come porre fine a questa serie continua di agiti fortemente angoscianti, dettati dalla solitudine, dall'angoscia e dall'impotenza del nostro lavoro?". Lentamente il gruppo arriva a darsi una risposta: è importante riconoscere il bisogno di dialogare per condividere le esperienze positive o negative e tentare di migliorare le modalità di lavoro. Il conduttore aggiunge che per farlo è necessario costruire insieme uno "spazio relazionale" in cui sia possibile condividere le esperienze e le emozioni per tradurle in pensiero e quindi in azioni professionali efficaci, un luogo interno all'istituzione in cui prendersi cura dei curanti.

gruppi nella clinica

È necessario, cioè, uno spazio che permetta di affrontare la morte e l'aggressività, poiché il malessere dei pazienti (e degli "albanesi-altri") tende ad essere contagiato e assorbito dagli operatori, mentre essi devono assumersi il compito di mentalizzarlo prima da soli e poi insieme agli altri colleghi. Ed è da questa azione che si genera lo spazio della relazione: esattamente come è necessario stabilire un contatto umano con il paziente, prima di potergli dire la verità, così solo a partire dalla possibilità di esplicitare i propri bisogni è possibile pensare di costruire una realtà organizzativa diversa da quella esistente.

5. Conclusioni

L'esperienza dei due gruppi allargati ci ha consentito di ripensare alcuni tra i più significativi concetti teorici, spesso citati in letteratura, in termini concreti e tangibili.

Il primo riguarda l'ambivalenza tra "l'onnipotenza e l'impotenza" che ha pervaso tutta la sessione dei medici: lavorare nei contesti di cura costringe lo staff a vivere un continuo conflitto tra il desiderio di poter raggiungere gli standard desiderati rispetto alla qualità del proprio lavoro e la possibilità di confrontarsi con le emozioni che emergono dal ripetuto incontro con la morte e la sofferenza, col rischio di oscillare continuamente tra narcisistici sentimenti di onnipotenza e frustranti sentimenti di impotenza. Accettare il proprio limite come professionista delle relazioni di cura e sapersi confrontare con i vissuti che queste relazioni evocano, implica un elevato livello di competenze che non sono più tecniche, ma precipuamente personali e che riguardano le abilità relazionali e le capacità di vivere, riconoscere ed elaborare le emozioni.

Un'altra questione affrontata nell'esperienza e che merita di essere ripresa, è quella relativa al "bisogno di cura dell'èquipe curante", richiamata soprattutto dagli infermieri che, con maggiore umiltà, hanno mostrato maggiore consapevolezza circa le loro fragilità e la necessità di chiedere aiuto. Il personale infermieristico, infatti, è chiamato a confrontarsi con problematiche analoghe a quelle del medico, ma in una dimensione temporale prolungata. L'infermiere trascorre una notevole quantità di tempo accanto al malato e al fianco della famiglia, soddisfacendo i bisogni di volta in volta emergenti. Per questo appare di fondamentale importanza la *qualità* del tempo trascorso con il paziente, che dipende dalle varie capacità dell'infermiere, relative alle conoscenze della malattia e degli effetti delle cure, ma anche alla sensibilità, capacità di ascolto e contenimento delle sofferenze del malato. Inoltre, egli svolge una sorta di funzione di "mediatore interculturale", dove le culture che si incontrano sono quelle del medico, del paziente e della famiglia del paziente. In questo circuito, spetta proprio all'infermiere colmare il *gap* comunicativo che spesso si verifica tra paziente e medico e anche questo è possibile grazie all'attenzione riservata alla sfera emotiva della relazione.

In generale, quando si affronta il problema delle malattie croniche-degenerative sia il medico che l'infermiere rischiano di diventare dei serbatoi in cui il paziente espelle le proprie angosce mortifere, nella speranza che questi siano in grado di accoglierli, elaborarli e restituirli al paziente trasformati, meno angoscianti e dotate di un nuovo senso.

Non sempre è facile rispondere adeguatamente alle richieste di chi soffre, soprattutto perché secondo un diffuso, quanto malinteso, senso comune curare significa offrire sollievo al paziente in maniera unilaterale per sanarlo da un “male”; il ruolo di curante, così concepito, non dà la possibilità di creare uno *spazio mentale* dove sia possibile pensare ed esprimere i sentimenti personali, naturalmente e fortemente presenti in queste difficili e frustranti situazioni. Il rischio è che i reparti di oncologia diventino luoghi di amplificazione della sofferenza, in cui al “malato”, rispecchiandosi nello sguardo degli altri curanti, ritorni soltanto un’immagine che porta con sé il vissuto di paura, disagio, sgomento e smarrimento che le parole tentano disperatamente di nascondere.

La formazione a vivere, riconoscere ed elaborare professionalmente i vissuti prodotti nelle relazioni di cura ci sembra un’alternativa a questa difficoltà, consentendo di coniugare le due inestricabili facce del lavoro di cura: una professionale, costituito dal bagaglio di conoscenze teoriche e tecnico metodologiche e una più propriamente personale che implica la necessità di una maggiore consapevolezza e conoscenza di se stessi all’interno del proprio ruolo di curante. Sembra, dunque, necessario riuscire a far dialogare entrambi gli aspetti: l’*esseri* come medico e l’*esseri* come uomo.

gruppi nella clinica

Bibliografia

- Ancona L. Pragmatica clinica del gruppo mediano e grande. In: Di Maria F, Lo Verso G. (Eds). *Gruppi*. R. Cortina, Milano, 2002.
- Bruni S. La persona interna all'ospedale che svolge funzione di tramite e garante dell'esperienza. *Funzione Gamma Journal* 2001; 6: <http://www.funzionegamma.edu>.
- Catalan J., Burges A, Pergami A, Hulme N., Gazzard B., Phillips R. The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *J. Psychosom. Res.* 1996; 4: 425-435.
- Cellerino R (Ed). *Il rapporto infermiere-paziente in oncologia*. Franco Angeli, Milano, 1996.
- Dalal F. (1998). *Prendere il gruppo sul serio*. R. Cortina, Milano, 2002.
- De Maré P., Piper R., Thompson S. (1991). *Koinonia. Dall'odio, attraverso il dialogo, alla cultura nel grande gruppo*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1996.
- Di Maria F., Lo Verso G. (2002) (Eds), *Gruppi. Metodi e strumenti*, R. Cortina, Milano.
- Di Maria F., Venza G. (2002), Il gruppo di formazione, In: F. Di Maria, G. Lo Verso (Eds), *Gruppi. Metodi e strumenti*, R. Cortina, Milano.
- Freudenberger H.J., *Burn Out*. Anchor Press, New York, 1980.
- Freudenberger H.J., Staff burn-out. *J. Soc. Issues* 1974; 30:159-165.
- Kreeger L. (Ed). *The large group: therapy and dynamics*. Constable, London, 1975.
- Lo Verso G., Ruvolo G. Il setting nei gruppi di formazione. In: Pauletta d'Anna G.M. (Eds), *Modelli psicoanalitici del gruppo*, Guerini, Milano 1990.
- Marinelli S. Gruppo di formazione con operatori di reparti oncologici. *Funzione Gamma Journal* 2001; 6: <http://www.funzionegamma.edu>.
- Morasso G. (Ed). *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1998.
- Napolitani D., *Individualità e gruppaltà*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Pinkus L., Filiberti A. (Eds) *La qualità della morte*. Franco Angeli, Milano 2002.
- Profita G., Ruvolo G. (Eds) *Variazioni sul setting*. Raffaello Cortina, Milano, 1997.

Ruvolo, Cicero, Di Stefano, Falgares, Picone

- Rosso R., Nobile M.T., Vidili M.G. L'oncologo e la morte. In: Morasso G., Invernizzi G. (Eds). *Di fronte all'esperienza di morte: il paziente e i suoi terapeuti*. Masson, Milano, 1990.
- Ruvolo G. Il metodo psicologico-clinico nel setting di formazione. In: AA.VV., *Malattia e psicoterapia*, Bulzoni, Milano, 1989.
- Ruvolo G., Di Stefano G. (2002), Il gruppo allargato nel contesto della formazione universitaria. Esperienza e ricerca. *Gruppi*, 4(3): 69-109.
- Scanni R., Cellerino R (Eds). *Il rapporto medico-paziente in oncologia*. Franco Angeli, Milano, 1995.
- Tomamichel M. (2002), "Guarirò dottore?" Cattive notizie o cattive risposte? In: Pinkus L., Filiberti A. (Eds). *La qualità della morte*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Ventafridda V. (2002), Le cure palliative, modello di interdisciplinarietà: note introduttive ai *Percorsi del morire*. In: Pinkus L., Filiberti A. (Eds). *La qualità della morte*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Zanasi M. Gruppoanalisi di chi si occupa del morire. *Funzione Gamma Journal* 2001; 6: <http://www.funzionegamma.edu>.