

# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 1/2012

**Clinica sistemica:  
verso un approccio integrato**

Issn: 2279-6991

idipsi



Istituto di Psicoterapia  
Sistemica Integrata



# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Paradigmi sistemici  
nei contesti di cura**

volume 4/2012

***Direttore Responsabile***

Antonio Restori

***Direttore Scientifico***

Mirco Moroni

***Coordinamento redazionale***

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

***Redazione:*** Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Gianandrea Borelli, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

***Comitato Scientifico:***

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Vincent Kenny (Dublino), Valeria Ugazio (Milano), Giovanni Liotti (Roma), Giacomo Rizzolatti (Parma), Lucia Giustina (Novara), Vittorio Gallese (Parma), Camillo Loredi (Roma)

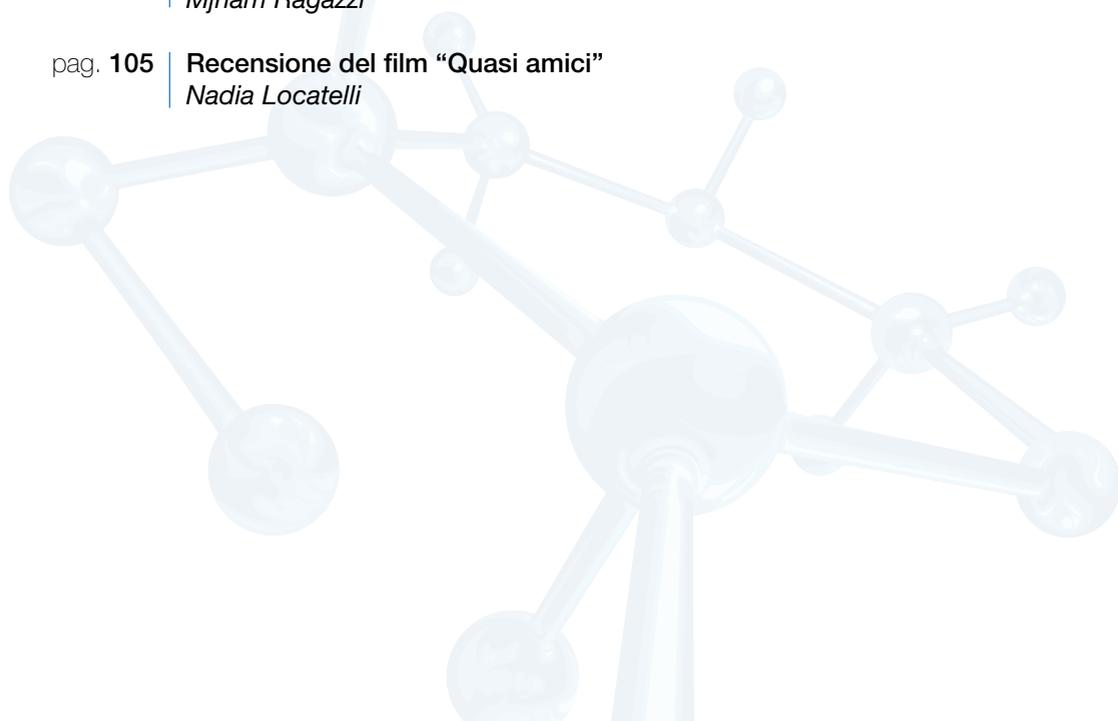
***Segreteria organizzativa:***

Ilaria Dall'Olmo



## Indice

- pag. 05 | **Contesti di cura e cura dei contesti**  
*Valentina Nucera*
- pag. 11 | **Vivere in una residenza socio assistenziale:  
condivisione di storie narrate dai protagonisti**  
*Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti*
- pag. 29 | **La potenzialità del gruppo di sostegno con i familiari  
nell'ambito delle demenze**  
*Anna Dodi*
- pag. 43 | **La presa in carico delle famiglie dei pazienti in percorso predialisi**  
*Silvia Galletta*
- pag. 53 | **Oh Dio, fa che la morte mi trovi viva!!!**  
*Francesca Bandirali, Elisa Eccher*
- pag. 69 | **Trauma e resilienza. Uno sguardo oltre il DSM-IV  
in prospettiva relazionale**  
*Elisabetta Carlotti*
- pag. 85 | **Lettura sistemica del lavoro in équipe**  
*Mariastella Demasi*
- pag. 91 | **“Le parole che curano”. La terapia di gruppo con soggetti  
tossicodipendenti e i gruppi di auto-aiuto come risorsa  
per le loro famiglie**  
*Miriam Ragazzi*
- pag. 105 | **Recensione del film “Quasi amici”**  
*Nadia Locatelli*





# Contesti di cura e cura dei contesti

Valentina Nucera\*

## Sommario

Il presente contributo intende riflettere sull'atteggiamento professionale che possiamo sviluppare come operatori nei contesti che si occupano di relazioni di aiuto. Partendo dal percorso formativo ed esperienziale, si vuole porre attenzione al modo in cui si prende parte alla costruzione della definizione di domanda di aiuto, nonché di risposta di cura.

## Parole chiave:

Contesto, Équipe, Multidisciplinarietà, Relazione, Servizi sanitari

## Summary

*This paper intends to discuss the attitude that we can develop as professional operators in contexts that deal with helping relationships. Starting from the training and experiential, you will want to pay attention to the way in which you take part in the construction of the definition of aid applications, as well as response to treatment.*

## Key words:

*Context, Professional team, Multidisciplinary, Report, Health service*

\*Allieva didatta Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

*“Per la natura stessa delle cose, un esploratore non può mai sapere che cosa stia esplorando finché l’esplorazione non sia stata compiuta”*

Gregory Bateson

L’esperienza nell’ambito della sanità pubblica ha caratterizzato il mio personale percorso di professionalizzazione sin dagli esordi e dalle prime esperienze lavorative. A partire dal tirocinio post lauream, il mio percorso professionale si è sviluppato all’interno del lavoro in équipe multi-interdisciplinare, ciò ha consentito di comprendere la complessità della comunicazione nei contesti di prevenzione, cura e trattamento dedicati agli utenti e alle loro famiglie, attorno al tema della sintomatologia clinica e all’“offerta di cura”.

L’insegnamento ricevuto, attraverso l’ascolto di narrazioni continue di storie di vita e di sofferenza, è stato soprattutto quello di cogliere quanto fosse importante andare oltre la descrizione del sintomo, al fine di comprenderne il senso, le sue trasformazioni, la dimensione clinica, il suo significato all’interno del contesto interpersonale.

Morin (1999) sottolinea come la conoscenza sia rappresentata dal reciproco riconoscimento dell’altro, dall’incuriosirsi a lui, al territorio in cui vive e cresce, alle sue appartenenze, progredendo verso la consapevolezza che *“ogni individuo, anche il più chiuso nella più banale delle vite, costituisce in se stesso un cosmo”*(p.48). Si attiva, così, un passaggio da un pensiero che isola e separa ad un pensiero che distingue ed unisce, che fa delle differenze, differenti e nuove informazioni utili a muoversi con l’altro nel mondo.

*“Non siamo soli quando interveniamo, siamo connessi ad altri all’interno di un sistema con le sue regole. Ciascuna persona*

*ha delle aspettative, delle convinzioni, delle esperienze e idee tacite ed esplicite con le quali si presenta alla relazione e partecipa a un contesto semantico condiviso”* (Telfener, 2011, p.147).

Gli operatori, in tale ottica, contribuiscono a costruire il significato di concetti come salute e malattia, cura e promozione del benessere, ridefinendo con l’utente quella che può essere la richiesta che lo porta lì.

Il servizio pubblico rappresenta in tal senso uno dei contesti che maggiormente deve osservare ciò che accade oltre i propri confini, ossia dovrebbe porre lo sguardo verso la realtà esterna circostante, per ri-organizzarsi nelle proprie offerte e nella rilettura delle domande di aiuto, in tal senso si può affermare che esso svolga l’importante ruolo di *“produttore di cultura”* (Fruggeri, 1991). La teoria delle organizzazioni (Von Bertalanffy, 1983; Luhmann, 1990; Campanini, Luppi, 1990) ci permette di comprendere come sia sempre più necessario considerare le dinamiche e le evoluzioni dei Servizi, così come delle altre Istituzioni, considerandoli dei *“sistemi aperti”*, al fine di sviluppare una lettura circolare che permetta di considerare l’importanza dell’ambiente sociale più ampio nel quale gli stessi sono inseriti. Tale visione permette, infatti, di poter cogliere l’interconnessione che vi è tra l’organizzazione e il contesto in un’ottica di scambi reciproci e di retroazioni, *“le organizzazioni complesse sono immerse in (...) “un sistema ambiente”: l’utenza, i diversi livelli della Pubblica amministrazione, la rete dei soggetti sociali, i fornitori di risorse, il sistema economico, e così via”* (Motta, Mondino, 2004, p. 176).

Fruggeri e Matteini (1995), analizzando lo stato dei Servizi e delle loro organizzazioni, mettono in evidenza, tra i vari fattori, il ruolo fondamentale che possiede un’attenta ana-

lisi del contesto e dei processi psico-sociali all'interno dei quali si originano i bisogni, al fine di innescare azioni funzionali e processi evolutivi.

Il nostro agire si intreccia con quello degli altri attori, siano essi operatori, inviati, altre figure professionali, utenti, famiglie; tutti quanti partecipano in diverso modo alla costruzione della domanda di aiuto o sostegno, nonché alla risposta che ne emergerà. A seconda di come noi vediamo il "contesto di cura" a cui apparteniamo, definiamo il tipo di servizio che andiamo ad offrire nonché il modo in cui tendiamo a pensare i "nostri" utenti: come sottolinea Telfener (2011) possiamo scegliere se vederli come appartenenti ad una unica categoria determinata dal sintomo, oppure come singoli sistemi (includenti le loro famiglie e il loro contesto), in un'ottica di complessità ma anche di unicità. Naturalmente a seconda della posizione che tenderemo ad adottare questa si rifletterà sul nostro operato e sulle relazioni che andremo a costruire.

La consapevolezza della nostra scelta diviene quindi fondamentale. Per consapevolezza intendo qui *"la possibilità di una conoscenza che si manifesta quando l'attività discorsiva ininterrotta della mente si placa creando lo spazio perché emerga, spontaneamente, una consapevolezza silente, una "presenza" al di là delle parole, dei concetti, del pensare, dell'intendere, del significare"* (Giommi, 2009, p.11).

Solo allora diviene possibile l'incontro con l'altro: mondi emotivi differenti, aspetti culturali diversi, modi di pensare anche distanti possono trovare punti di contatto e consentire la costruzione di nuove punteggiature e nuove storie. Corpo e mente entrano quindi in gioco nella costruzione di una danza relazionale, dove risonanze e differenze ci con-

sentono di definire ciò che sta avvenendo sul piano interpersonale.

## RELAZIONI E LAVORO IN EQUIPE

Come psicologi siamo chiamati ad operare in ambiti molteplici e questo richiede spesso flessibilità e capacità di ripensarsi nella propria funzione e nel proprio agire. È fondamentale, però, porre attenzione a quello che rappresenta il mandato principale: *"è sempre necessario differenziare tra contesti (di controllo, assistenza, sostegno, psicoterapia) e tra potere tecnico e potere decisionale. Così è necessario distinguere tra le diverse funzioni: normativa, rieducativa, assistenziale, di controllo sociale, terapeutica... e tra i diversi linguaggi. Non è possibile che lo stesso operatore gestisca due mandati diversi che potrebbero anche essere contraddittori. Dovrebbero definire un ambito di intervento ed evitare la confusione/sovrapposizione di ruoli"* (Telfener, 2011, p.149).

La finalità cosciente del nostro operato racchiude anche questi aspetti, in quanto, come sottolineato da Keeney (1983), la scelta dell'agire e delle tecniche terapeutiche convoglia in una "base estetica" più ampia, che comprende livelli mentali consci e inconsci collegati tra loro in modo ricorsivo e come parti di retroazioni autocorrettive.

Il nostro agire non può che essere connesso all'agire dell'altro, o degli altri, e ciò che crea differenza è rappresentato da quello che si viene a sviluppare all'interno della relazione terapeutica stessa.

La conoscenza ecologica del contesto diviene pertanto un utile elemento di natura relazionale, che ci consente di osservare come all'interno dei Servizi sia possibile attivare un processo di contaminazione dei saperi, siano essi saperi medici, infermieristici, psicologici, sociali o educativi. Tutte queste cono-

scenze, quando connesse tra loro, possono generare nuove risposte e nuove narrazioni, piuttosto che produrre il rischio di colludere con il mantenimento di condizioni psicopatologiche.

Si tratta di quello che Telfener (2011) definisce come “pluralismo collaborativo”, l’autrice infatti sottolinea la produttiva del lavoro in équipe, evidenziando quanto tutte quelle caratteristiche personali e professionali degli operatori possono permettere un passaggio da ipotesi lineari a “una descrizione che contenga i diversi punti di vista, una posizione embricata, variegata, interconnessa” (p. 152).

L’obiettivo diviene allora creare uno spazio non etichettato socialmente e, per quanto possibile, caratterizzato in minor misura da pregiudizi, peculiarità purtroppo divenute parte integrante della storia e della rappresentazione sociale di Servizi come quelli per le Dipendenze Patologiche, piuttosto che per strutture come il Diagnosi e Cura. In tale panorama sembra utile riprendere il concetto coniato e utilizzato da Blumer (1983) e Silverman (1974) di “interazionismo sociale” in base al quale si ipotizza che le persone agiscano in conformità ai significati che attribuiscono agli ambienti e alle situazioni, significati che risultano fortemente dinamici e interconnessi ai processi di interazione sociale (Motta, Mondini, 2004).

Ma il lavoro in équipe non significa solo confronto sulle situazioni in carico: l’operare in gruppo implica il confronto e il supporto reciproco, l’attivazione di dinamiche relazionali complesse, che richiedono tempo e spazio per potersi sviluppare. Motivazione, coinvolgimento, fiducia, riconoscimento del proprio lavoro e delle proprie competenze, sono tutte peculiarità caratterizzanti questo tipo di sistemi organizzativi. *Non bastano*

*alcune persone che si incontrano più volte per creare un’équipe, bisogna lavorare sulla stima, sull’accettazione, sul non giudizio, sul rispetto reciproco (...) L’équipe diventa così un organo con una sua identità (...)”* (Telfener, 2011, p.157).

Come ogni sistema necessita quindi di cura e di ascolto, di una messa in connessione delle sue varie parti, al fine di prevenire la perdita di alcune di esse: il confronto e la collaborazione, la valorizzazione delle singole competenze consente di prevenire il burnout dei singoli operatori, così come quello del Servizio in toto.

Cecchin (1997; 2004), nei suoi articoli, sottolinea quanto sia inevitabile influenzarsi in modo imprevedibile già nel momento in cui le persone si trovano a comunicare. Mettersi in relazione implica necessariamente l’invadimento dello spazio altrui, pertanto costruttivo diviene l’adottare un atteggiamento caratterizzato da curiosità e interesse verso le risorse, piuttosto che un comportamento teso ad osservare ciò che “non funziona”, che “manca”, che genera posizioni up e down.

## CONCLUSIONI

Quanto descritto sino ad ora è teso a riflettere sull’importante esperienza che a mio avviso ci si trova a fare sin dal periodo della formazione professionale, con il tirocinio prima, con la specializzazione in seguito, e che viene rappresentato dalla possibilità di osservarsi e sperimentarsi all’interno di gruppi di lavoro complessi, ma assai arricchenti.

Tale pratica clinica, ormai inscindibile dal nostro operare quotidiano, diviene quindi fonte di apprendimento rispetto ad un atteggiamento professionale che fa scuola nei Servizi Pubblici, ma che risulta utile e costruttivo anche nell’ambito dell’attività privata, ad esempio nella costituzione di gruppi asso-

ciati di professionisti che operano in sinergia su uno stesso territorio.

Il “fare salute” prende forma dall’assunzione di un’ottica che possa includere, piuttosto che escludere, intendendo con ciò l’opportunità di riconoscere nelle singole individualità professionali, e non solo, maglie di un’unica rete che può espandersi, che può evolvere attraverso un processo di reciproca responsabilità (Telfener, 2011).

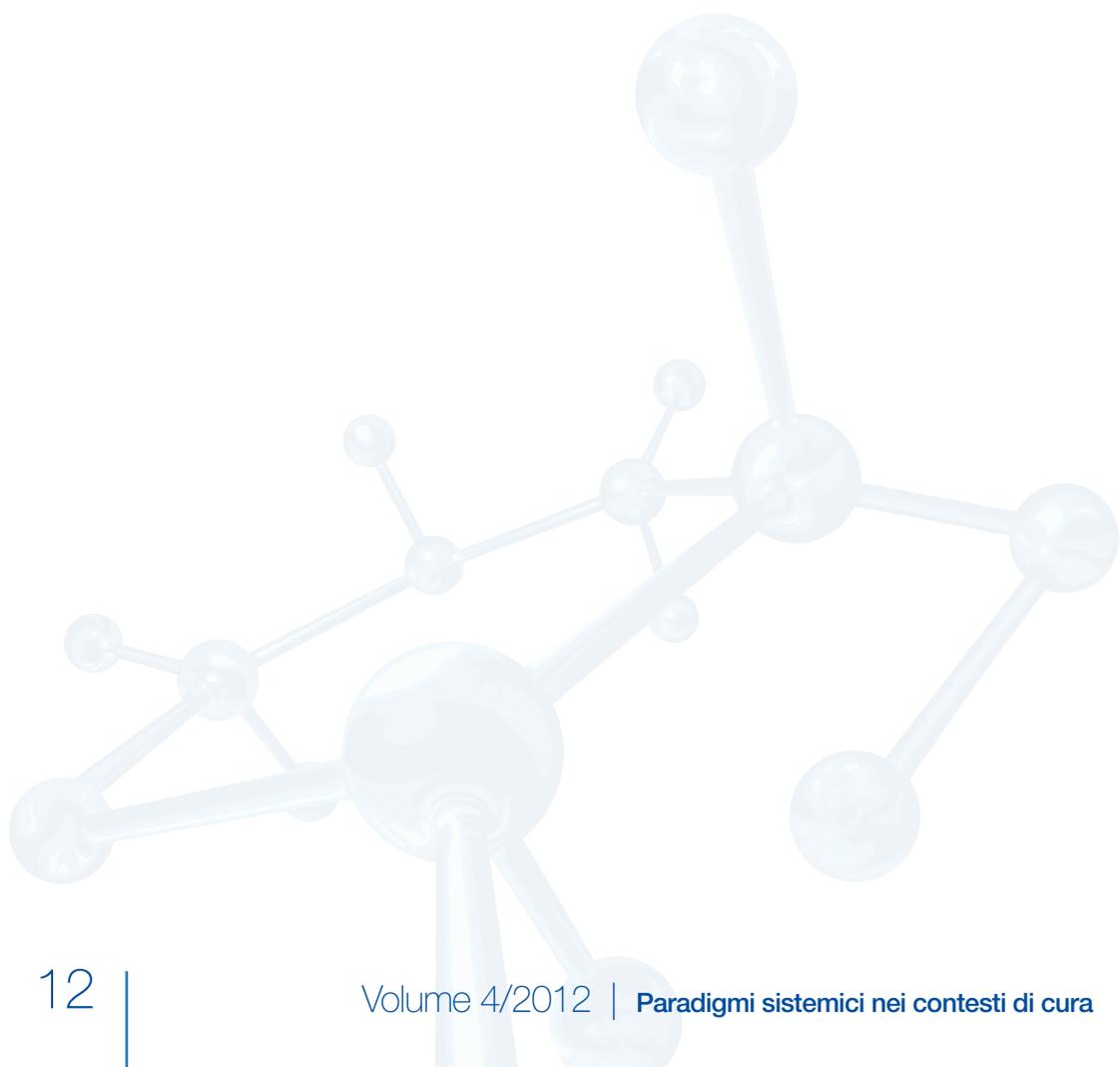
Diviene allora parte integrante dell’incontro con l’utente, a prescindere che sia esso individuo o famiglia, che ciò avvenga in contesto pubblico o privato, la co-costruzione di un progetto che ci veda coinvolti in un’armonica e virtuosa danza tesa a produrre una ridefinizione di quanto presentato come “problema”, sofferenza, bisogno, impasse (Telfener, 2011; Ugazio, 1989). È in questo movimento che possono venire incluse reciproche aspettative, specifiche competenze, ruoli maggiormente definiti, ma in un’ottica di reframing, di ri-narrazione, dove nuove punteggiature consentano un cambiamento di significato e di prospettiva.

### Bibliografia

- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unit*. Trad. it. (1984), *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Blumer, H. (1983). *La società come interazione simbolica*. M. Ciacci Trad. it. (a cura di), *Interazionismo simbolico*. Bologna: Il Mulino.
- Campanini, A., Luppi, F. (1990). *Servizio socia-*

*le e modello sistemico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

- Cecchin, G. (1997). Linguaggio, azione, pregiudizio. In *Connessioni*, n. 1. Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
- Cecchin, G. (2004). Ci relazioniamo dunque siamo. In *Connessioni*, n. 15. Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
- Fruggeri, L. (1991). Servizi sociali e famiglie: dalla risposta al bisogno alla costruzione delle competenze. In *Oikos*, vol. 4, pp. 175-190.
- Fruggeri, L., Matteini, M. (1995). Povertà e Servizi sociali. In *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXV(3).
- Giommi, F. (2009). Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. In Z. V. Segal, J. Mark, G. Williams, J.D. Teasdale, *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Keeney, B.P. (1983). *Aesthetics of change*. Trad. it. (1985), *L'estetica del cambiamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Luhmann, N. (1990). *Sistemi sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite*, Seuil, Paris. Trad. it. (2000), *La testa ben fatta*. Riforma dell’insegnamento e riforma del pensiero. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Motta, M., Mondino, F. (2004). *Progettare l’assistenza. Qualità e diritti nei servizi*. Roma: Carocci Faber.
- Silverman, D. (1974). *Sociologia dell’organizzazione*. Milano: Isedi.
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ugazio, V. (1989). L’indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. In *Terapia familiare*, 31, pp 27-40.
- Von Bertalanffy, L. (1983). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: Mondadori.



# Vivere in una residenza sanitaria assistenziale: condivisione di storie narrate dai protagonisti

Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti\*

## Sommario

Partendo dalle idee del conversazionalismo, dell'approccio capacitante e del pensiero autobiografico, ci siamo avvicinate al mondo delle residenze sanitarie assistenziali, dando voce agli ospiti presenti in una struttura del paese di Casalmaggiore. Ci siamo avvicinate a questa realtà, da noi poco conosciuta, mettendoci in gioco in prima persona sia come individui, sia come psicoterapeute in formazione. Lo scopo di questo elaborato è di condividere questa esperienza.

**Parole chiave:** Chiacchierata, Comunicazione, Narrazione, Anziano, Conversazionalismo, Approccio capacitante, Pensiero autobiografico, Condivisione, Ascolto

## Summary

*Starting from the ideas of "conversazionalismo theory", "capacitante approach" and thought autobiographical, we approach the world of residential care, giving voice to the guests in an outline of the country of Casalmaggiore. We approach this reality, which is little known, putting us in first person game both as individuals and as psychotherapists in training. The purpose of this paper is to share this experience.*

**Key words:** Chat, Communication, Storytelling, Elder, Conversazionalismo, Capacitante approach, Thought autobiographical Sharing, Listening

\*III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

## PREMESSE

Nell'immaginario collettivo, pensare all'anziano corrisponde pensare alla perdita di autosufficienza, alla solitudine, al disagio, all'andare incontro a una fase della vita connotata da eventi negativi: il bisogno di lottare contro gli anni che passano, i disturbi che aumentano, la malinconia, il turbamento che procura un corpo che cambia, che non sostiene i ritmi della mente e del cuore (Zannon, Gentile, 2011). Visto in questa prospettiva essere anziano significa lottare contro le forze che non sostengono più, la fragilità, la malattia: a volte non si ha la fortuna di stare bene, ma tante volte è una sorta di rassegnazione, uno stato di torpore, una scusa dietro la quale ci si ripara. "Io sono vecchio" diventa la scusa per non fare (Zannon, Gentile, 2011). La vecchiaia è sicuramente un'età difficile da accettare, la quale si scontra con due "drammi": non sentirsi utili e non essere indipendenti. Spesso l'anziano si sente messo da parte da una società che non ha più bisogno di lui, non riesce più a sentirsi integrato, perde il senso di sicurezza, si sente sempre più legato a qualcuno: da "assistente" diventa "assistito" (Zannon, Gentile, 2011). Inoltre, una tendenza che si verifica è l'aumento di persone anziane nelle case di cura presenti sul territorio, in quanto cambiamenti strutturali e sociali impediscono alle famiglie di dedicarsi a tempo pieno delle persone che hanno bisogno. Questo aspetto può portare la persona anziana a vivere condizioni di abbandono, isolamento e solitudine, trovandosi costretto a lasciare la sua casa, i suoi affetti, contribuendo a peggiorare lo stato di salute psico-fisico. Secondo noi l'età senile deve diventare argomento di interesse per tutti, non solo materia di discussione tra professionisti. Partendo da queste premes-

se, con questo elaborato speriamo di aprire occasioni di riflessioni su uno stadio di vita intimo, ma non indicibile.

## IL NOSTRO LAVORO

Il nostro intento è stato quello di entrare in un mondo, come quello delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), lontano dalla nostra quotidianità, per conoscerlo, scoprirlo e ridurre la distanza. Abbiamo chiesto la possibilità di essere accolte a una struttura presente sul territorio Lombardo, nel paese di Casalmaggiore, come psicologhe e psicoterapeute in formazione, che hanno sentito il bisogno di fare un'esperienza in un contesto come quello. Inizialmente siamo entrate come persone comuni, non come psicologhe, propense a conoscere una realtà della quale abbiamo sentito parlare, ma mai incontrata. Per un mese abbiamo affiancato la squadra degli animatori presenti nella struttura per apprendere tempi, luoghi e attività proposte agli ospiti, così da familiarizzare con la loro vita. In seguito, abbiamo individuato, insieme a medici e animatori, un gruppo di 14 persone, alle quali è stato chiesto il consenso di partecipare a un colloquio con noi, con l'obiettivo di raccontarsi. Abbiamo usato il termine "chiacchierata", in quanto non volevamo connotarlo come un colloquio psicologico, ma come un'occasione per noi e per loro di incontrarsi e parlare. La nostra idea di entrare in punta di piedi dentro una residenza sanitaria assistenziale nasce dal desiderio di entrare in relazione con gli ospiti che vi abitano e con le figure che ruotano attorno al benessere degli anziani (dottori, infermieri, animatori). Punto fondamentale della nostra ricerca è stato il voler considerare l'anziano come protagonista dell'attività che andavamo a svolgere,

di pensarlo come ancora portatore di saperi e di una storia che veniva da noi accolta come un tesoro.

Per questo ci siamo ispirate alle idee di Pietro Vigorelli (2012) e alla definizione che fa del colloquio di accoglienza, nel momento in cui l'anziano entra in RSA:

*“Si tratta di un colloquio in cui due persone sono consapevoli di incontrarsi per la prima volta e che ha per scopo di realizzare uno scambio verbale felice, nel qui e ora dell'incontro. In tal modo l'anziano si sente riconosciuto anche se fragile e con deficit cognitivi (...)”* (p.20).

Nel nostro caso si trattavano di anziani già presenti in struttura da diverso tempo, ma questo non ci ha impedito di basare il nostro intento su questo tipo di pensiero: creare uno spazio di incontro tra noi e loro, affinché nasca il desiderio e il piacere di conoscersi e sentirsi riconosciuti. Il piacere dell'incontro, della scoperta e del parlare è più importante dell'informazione ottenuta.

Un altro aspetto sul quale ci siamo soffermate è la narrazione di sé, vista come un bisogno di raccontare la propria storia di vita per fare ordine dentro di sé e capire il presente, per ritrovare emozioni perdute e sapere come si è diventati. Si riferisce al pensiero autobiografico elaborato da Ducio Demetrio (1996), che parte dal presupposto che ci sia un momento della vita in cui si sente il bisogno di raccontarsi in un modo diverso dal solito:

*“Il pensiero autobiografico, quell'insieme di ricordi della propria vita trascorsa, di ciò che si è stati e si è fatto, è quindi una presenza che da un certo momento in poi accompagna il resto della nostra vita. È una compagnia segreta, meditativa, comunicata agli altri soltanto attraverso sparsi ricordi (...) Consente a colei o colui (...) di sentire che*

*ha vissuto e sta ancora vivendo”* (p.10).

L'aspetto straordinario è il potere curativo di questo processo: attraverso il raccontare noi stessi ci liberiamo e ci ricongiungiamo, ci rappresentiamo e ci ricostruiamo, ci prendiamo la responsabilità di tutto ciò che siamo stati e abbiamo fatto. Attraverso la parola si rielaborano mentalmente stati d'animo, emozioni, sentimenti che spesso non si riescono ad esprimere e si raggiunge una più intima consapevolezza ed accettazione della propria personalità. Infatti, può rappresentare un efficace strumento terapeutico, che consente di individuare e esteriorizzare le proprie difficoltà, con la possibilità di accettare e rielaborare eventuali vissuti dolorosi e problematici.

Tutto questo ci ha fatto riflettere su quanto può essere importante per un anziano avere la possibilità di raccontarsi, di rivivere il proprio passato, affinché venga riconosciuto e accettato, oltre che da se stesso, anche agli occhi degli altri, per arrivare a riflettere sul presente e costruire nuovi significati delle esperienze vissute. Nel relazionarsi con un anziano sono indispensabili due qualità: disponibilità umana e competenza (Zannon, Gentile, 2011). La prima, secondo gli autori, si riferisce a presupposti come comprensione, pazienza, sensibilità, dedizione, detto in altre parole “partecipazione profonda alle vicende umane”. Per mettere in pratica questi aspetti, affinché siano efficaci, sono necessarie delle competenze fondamentali: buona capacità di relazionarsi con l'altro e capacità di osservazione (Zannon, Gentile, 2011). *“Conoscere l'anziano significa sapersi relazionare con lui e con i suoi stati di bisogno, interpretandone le aspettative e sapendo individuare possibili margini di intervento. Essere in rapporto con un così particolare momento dello sviluppo umano*

*implica, per l'operatore un costante confronto con difficoltà, frustrazioni ed emersioni di vissuti emotivi non sempre positivi"* (p. 12). Nel corso del nostro elaborato cercheremo di presentare questi aspetti ripresi dalla teoria, collegandoli al tipo di attività che abbiamo svolto, riportando pezzi delle "chiacchierate" che abbiamo registrato (dopo aver ottenuto il consenso dei protagonisti e garantito la privacy) e trascritto. Abbiamo pensato di suddividere il testo in due: nella prima parte analizziamo le conversazioni dal punto di vista della comunicazione, nella seconda, invece, le analizziamo dal punto di vista della narrazione e dei temi riportati dai nostri 'amici anziani'. Nei ritagli riportati si utilizza P per riferirsi a psicologa e A per riferirsi ad anziano.

## **COMUNICAZIONE**

Per portare avanti i nostri colloqui con gli ospiti abbiamo preso spunto dall'Approccio capacitante di Vigorelli (2012), che intende tener vive le Competenze elementari delle persone che vivono in RSA: competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere. "L'approccio capacitante considera che la parola abbia un valore in sé, non solo in quanto veicolo di significato, ma anche indipendentemente da questo." (pag.91). L'effetto atteso, chiamato "effectiveness", cioè efficacia pratica, consiste nel favorire l'espressione delle competenze elementari dell'anziano così come si manifestano, quando si manifestano, attraverso il Riconoscimento, con lo scopo di realizzare una conversazione felice (Vigorelli, 2012). L'autore fa riferimento, in particolare, al colloquio di accoglienza per il nuovo ospite che arriva in struttura, in quanto parte dal presupposto "Il giorno del ricovero è come uno spartiacque nella vita della persona e

*la divide in due mondi: il Mondo del prima e il Mondo del Dopo. Il momento in cui l'anziano varca la soglia di una Casa si Riposo (Residenza Sanitaria Assistenziale – RSA) per un ricovero permanente è un momento di disagio ed è determinante per gli anni a seguire. (...) la persona che si ricovera si separa dalle sicurezze/insicurezze del mondo precedente e cerca nuove sicurezze. L'inserimento in RSA si può considerare avviato bene se l'anziano trova una Base Sicura. Il compito dell'operatore consiste nel favorire questo percorso personale dell'ospite mediante l'Approccio capacitante e ponendosi lui stesso come Base sicura"* (p. 19-21).

Nel nostro caso si trattava di ospiti che risiedevano in struttura da diverso tempo, ma questo non ci ha impedito di provare le tecniche che vengono consigliate, le quali ci sembravano utili e adatte per facilitare qualsiasi tipo di conversazione con un anziano. Alla base si richiede un atteggiamento attento e consapevole per la conduzione di un colloquio, con interventi mirati essenzialmente ad aprire la conversazione e tenerla aperta: tutto questo fa riferimento alle Tecniche Conversazionali di Giampaolo Lai (1980; 1993), secondo le quali si scelgono le parole da dire, le pause da fare affinché l'interlocutore parli, parli abbastanza a lungo e in modo felice. "Quando il colloquio procede in modo favorevole il risultato si amplia: oltre alla Competenza a parlare emergono anche le altre Competenze elementari" (Vigorelli, 2011).

Qui di seguito analizziamo le tecniche conversazionali che abbiamo cercato di mettere in pratica riportando alcuni pezzi di conversazioni effettuate, evidenziando oltre ai successi, le volte che non abbiamo ottenuto i risultati desiderati, per capire gli errori fatti.

## • NON FARE DOMANDE

Spesso risultava difficile per gli anziani rispondere alle domande, ma dall'altra parte è stato difficile per noi il non farle. Ci siamo rese conto che abbiamo creato situazioni di probabile disagio per l'anziano, il quale non ricordava ciò che chiedevamo, oppure si sono verificati problemi di comprensione o difficoltà di udito, che ci hanno costrette a ripetere più volte la domanda, interrompendo così il fluire della conversazione:

*La signora ci ha appena comunicato di avere 100 anni. P: "Complimenti signora! Quando li ha compiuti?" A: "Dunque, li ho fatti tanto adesso alla fine del mese..." P: "Di Settembre!" A: "No, quanto siamo adesso?" P: "Settembre." A: "No, allora è... in Agosto...non mi ricordo!"*

La signora parlava di suo nipote: P: "Era figlio di sua sorella?" A: "No, non era vicino! Però con il tram, mezz'ora di tram ero lì a casa da mia mamma ..."

P: "Dopo è stata a casa? Dopo che ha smesso di fare la ricamatrice, si è sposata ed è stata a casa a fare la mamma?" A: "No! Lontana da mia mamma sono andata. Mia mamma abitava a..."

P: "Qua al Busi signora come si trova? Qua al Busi come si trova? Sta bene?" A: "Chi?" P: "Lei." A: "Io, dove?" P: "Qua come si trova?" A: "Sì! Non mi lamento..."

P: "Era legata a sua sorella?" P: "Eravate vicine?" A: "Quella che abita a San Daniele?" P: "Quella che è morta." A: "Era a Milano, si era a Milano, era una suora."

## • NON INTERRUPTO, NON CORREGGERE E ASPETTARE IN SILENZIO

Abbiamo cercato di lasciare che l'anziano avesse il suo spazio per comunicare, accettando anche momenti di pausa, tentando di non farci prendere dal fermento

di correggere, suggerire o completare. Ma non sempre ci siamo riuscite, interrompendo così il fluire delle narrazioni:

A: "Però ho avuto quella cosa, come si dice, negli occhi ..." P: "La cataratta?" A: "La cataratta."

A: "...quindi indifferenza, carenze affettive, adesso abbiamo il problema del lavoro, la mancanza di..." P: "Sicurezza!" A: "Sì, di attività e poi di una attività..."

A: "...adesso devo vendere anche quello, non ce la faccio, continuo a pagare luce" P: "Le bollette!" A: "Sì, acqua, poi anche l'Imula, io interna qui, che riesco a mangiare perché sono qui, perché i soldi...c'è la donna che mi tiene a bada la casa, la pago anche pagando inps..." P: "Contributi!" A: "Perché mio fratello dice assolutamente..."

A: "...adesso mi fermo qui, sono sconfitta... un ambiente così ti sconfigge, perché... cioè...a volte dico, darei qualche lezione, ma così a titolo gratuito per essere..." P: "Attiva!" A: "Sì."

A: "In camera ho un'altra, che ci troviamo bene, è già un anno e mezzo, ci troviamo bene, alla sera facciamo le nostre, le nostre, i nostri...come si dice, una dice una cosa l'altra..." P: "Risponde!" A: "I nostri rigiri ecco! In camera mi trovo bene..."

## • RISPONDERE IN ECO, RESTITUIRE MOTIVO NARRATO E RIASSUMERE

Qui di seguito riportiamo la continuazione del pezzo trascritto nella tecnica Non fare domande, nel quale abbiamo cercato di accogliere la signora che non ricordava la data di nascita:

A: "No, allora è...in Agosto...non mi ricordo!" P: "Non si ricorda!" A: "Io sono nata in Aprile, in Aprile faccio gli anni!" P: "Quindi li ha fatti in Aprile!" A: "In Aprile! Proprio l'ultimo giorno del mese." P: "Ah! A fine mese

*proprio!” P: “Il 30 aprile!” A: “Sì, 100! Sono pesanti però!” P: “Sono tanti!” A: “Sì, sì! Finché si sta bene!”*

*A: “...Mio marito è morto a 54.” P: “È morto giovane suo marito.” A: “Eh sì. Ha fatto una vita...A 28 c'è morta la mamma, l'han messo in un orfanotrofio...”*

*A: “...Perché mia suocera è morta in casa di sua figlia, lui si è presentato solamente al cimitero quando l'hanno seppellita basta.” P: “Andava da lei quando stava bene, però quando sua mamma ha avuto bisogno lui non c'è andato.” A: “No, esatto, bravissima. Lì capisci che lui aveva amore per sé stesso, era un uomo che non si doveva sposare, per non prendersi nessuna responsabilità della famiglia, stai da solo che non fai soffrire altri.” P: “Perché comunque qui c'è una moglie, ci sono quattro figli, quindi delle responsabilità ce ne saranno state.” A: “Brava. E poi quattro o cinque anni fa, dopo che io m'ero già divisa, l'hanno trovato che spacciava la droga...”*

*P: “Quindi lei ha lavorato nei campi...” A: “Ma sì, ma non mi piaceva mica. Piangevo, quando mia mamma mi diceva I. vieni con me oggi, andavo nei campi andavo a sgranare il granoturco...”*

*A: “...Adesso sabato vado a casa di mia figlia. Lei mi porta lì a Parma, che c'è un ristorante che ci vanno sempre loro, che si mangia proprio bene.” P: “Quindi ogni tanto andate anche al ristorante.” A: “Sì. Però non vuole che mangi il pane, perché dice che ingrasso.”*

- SOMMINISTRARE FRAMMENTI DELLA PROPRIA AUTOBIOGRAFIA

Ogni conversazione è iniziata con la nostra presentazione: come ci chiamiamo, da dove veniamo e perché ci trovavamo lì. Inoltre, abbiamo narrato dei nostri ricordi e

questo ci ha permesso di avvicinarci maggiormente alla persona che ci aveva fino a quel momento donato la sua storia:

*P: “Io sono Eleonora, ho 29 anni e vengo dalla Toscana.” A: “Mm! Di che paese?” P: “Il mio paese si chiama Bagnone, in provincia di Massa Carrara.” A: “Bello lì!” P: “Bello! C'è stata?” A: “No, sono stata...non a Viareggio, prima!” P: “Forte dei Marmi?” A: “Forte dei Marmi proprio!”*

*A: “...Proprio miseria, proprio miseria, loro diranno sono tutte bugie, ma invece è vero, non racconto di bugie, chi non ha fatto la miseria non crede mica, mi crede lei?” P: “Sì.” A: “Se la sua mamma magari glielo ha detto, ma...quanti anni ha sua mamma?” P: “Mia mamma ne ha 62.” A: “Eh mamma mia, ma è giovane.” P: “Eh ma mia nonna me le raccontava...” A: “Ah sì?” P: “Sì, dei campi, la vita nei campi, in fabbrica.” A: “E poi se erano campi suoi...” P: “No.” A: “No, andava a giornata anche lei?” P: “Eh sì. Quindi ha fatto tanta fatica.” A: “Mamma mia.” P: “Sì, poi anche mia nonna aveva tre figlie.” A: “Ah tre femmine.” P: “Sì, mio nonno sempre malato.” A: “Ha fatto una bella vita anche lei, poveretta.” P: “E quindi capisco, insomma.” A: “Sì, sì.” P: “Cosa vuol dire insomma patire la miseria.” A: “Perché quando ci sono dei malati...Che allora, dico a casa mia, non c'era neanche da mettersi quando c'era freddo, neanche la trapunta da mettersi, c'era un pezzo ad un modo, un pezzo ad un altro, ma dio, guarda adesso invece...” In altri casi sono stati gli anziani stessi a porci delle domande, su nostra richiesta o per libera scelta:*

*A: “Adesso ditemi di voi, fidanzate?” P: “Sì! Io, sì da 4 anni!” (Ridiamo) P: “Troppi?” A: “Ma vi vedete una volta tanto o sempre?” P: “Il fine settimana, lui lavora a Pisa io sono qua!” A: “È meglio così! Troppo storpia! Tu?”*

P: "No, io non sono fidanzata." A: "Niente!"

P: "Niente!"

A: "Siete fidanzate, sposate?" P: "Io sono fidanzata."

A: "Bene, ecco!" P: "Da quattro anni!"

A: "Olé!" P: "E sto facendo casa insieme al mio moroso, siamo in fase di costruzione, quindi stress e litigate con operai, giornalmente abbiamo la nostra litigata con gli operai, perché non fanno bene il loro lavoro."

A: "Bene! E la signorina qui..."

P: "Io non ho nessuno, sono da sola, vivo in casa con i miei genitori, un po' viziata da mamma e papà."

A: "Non le è mai capitato qualche ragazzino?"

P: "Sì, qualche ragazzino sì! Però non sono andati a buon fine. Sono un po' noiosa, mi dicono!"

A: "Ecco!"

P: "Che devo trovare quello giusto!"

A: "Ecco bisogna trovare quello giusto."

P: "Non l'ho ancora trovato! Allora preferisco stare da sola!"

A: "Bene!"

P: "Mi diverto di più ad uscire con gli amici!"

A: "Ecco! Va bene!"

A: "Ma non siete sposate né l'una né l'altra?"

P: "No!"

P: "Fidanzata, non ancora sposata! Resto così?"

A: "Restate così!" (Ridiamo)

A: "Fate bene! Ti credi di sposarti, poi facciamo la serva... e tutti vogliono provare!"

- **COMPETENZA A PARLARE E COMPETENZA A COMUNICARE** (Vigorelli, 2012)

La competenza a parlare si riferisce alla produzione di parole, al metterle in una sequenza ordinata secondo le regole della grammatica e di scambiarla tra due interlocutori; la competenza a comunicare permette di trasmettere messaggi attraverso il significato condiviso delle parole utilizzate. Nella realtà di un colloquio con una persona anziana, si ha modo di verificare che le due competenze si intersecano. Talvolta un paziente produce parole che sembrano non comunicative, il cui significato è incomprendibile, ma ad un successivo riesame delle

parole stesse si scopre che esse hanno un valore comunicativo, spesso connesso con il contesto esterno o interno.

*La signora parla del fratello:* A: "Ha passato 4 anni sotto una ditta, non gli è mai successo tanto così con l'auto, con i camion della ditta, è andato con un altro per suo conto, in due mesi che non aveva, non era ancora a posto con l'assicurazione, lui e un altro hanno avuto l'incidente: l'altro è andato, con un urto è andato in un fosso, si è salvato, invece mio fratello proprio sull'asfalto un incidente mortale. La mia vita non è stata tanto allegra, non è stato, primamente ho le anche non a posto, perché sono andata, le prime operazioni che facevano, le facevano, io sono andata che avevo 21 anni e loro mi hanno detto che ero troppo in età. Dopo ho saputo che qua a Casalmaggiore c'era un professore, ne avevo 21, sono venuta qua, allora lui, il professore ha detto che ero troppo in età che non si poteva fare niente alle anche, perché ho, adesso io non me ne intendo, tutte e due le, come si dice qua, giù di posto ecco! Ho fatto, ho fatto 20 anni in un, a Gussola sotto la ditta Invernizzi, 20 anni e dopo non so, non so spiegare dopo la mia vita cos'è stata, non so spiegare ecco! Ho fatto 20 anni, però, di fabbrica, in fabbrica, ma però avevo, avevo solo un'anca così, una volta, adesso fanno bene prima che nascono, ma io non ne faccio una colpa ai miei genitori, ma adesso prima che nascono vanno a vedere ed è una grande bella cosa! Invece io quando ho iniziato ad andare, forse è stato anche il dottore, perché ha cominciato a dire è nata così, è nata così e infatti con l'andare così, sono andata dalle prime operazioni che facevano, ci sono andata che avevo già 21 anni e loro mi avevano detto che ero troppo in età, allora sono andata avanti così!"

A: "Non so se vogliono domandare qualche cosa? Non so più che dire! Dico soltanto che la mia lunga vita ha avuto tante cose non allegre ecco! Sempre delle disgrazie, sempre dei... adesso sono qua e mi trovo bene e dico questa è la mia casa, i miei nipoti vogliono che vada là, ma io con dei nipoti no, sto, mi sto curando qua proprio come loro, insomma, invece con i miei nipoti dovrei andar dietro a loro invece qua vengono dietro loro, ma insomma è un'altra cosa." P: "Poi la vengono a trovare ogni tanto!" A: "Eh, loro là alla mattina vengono alla sera, così sto qua e dico che questa già è la mia casa (ride) dico così, sì delle volte mi vengono a prendere Domenica..., ma adesso, ci andavo prima che ero un po' più su, ma adesso non ci vado più, ci vado, primamente loro hanno degli altri nipoti, ci vado durante le feste di Pasqua o Natale, qua fanno sempre delle feste magnifiche per Pasqua e Natale e allora resto qua." P: "Preferisce stare qua!"

#### • COMPETENZA EMOTIVA

(Vigorelli, 2012)

L'operatore capacitante deve riconoscere e accettare la presenza e la vitalità del mondo emotivo delle persone: sia sentimenti positivi e gradevoli, sia quelli negativi che possono turbare. Questo naturalmente implica un certo coinvolgimento a livello empatico, che comporta una certa consapevolezza su se stessi e su cosa si riesce a tollerare a livello emotivo.

A: "...quando siamo sfollati, poi, con la bicicletta: mia sorella davanti alla bicicletta, che avevamo una bicicletta sola, mio fratello sulla sella dietro, io a piedi, con la bicicletta, a pedalare anche se non si poteva passare, per andare a casa degli zii. Quando ci hanno visti (...) tutti piangevano averci visto tutte e tre (voce tremolante per il pianto) mi viene da

piangere ancora, scusate!" P: "No, ci mancherebbe! Brutto ricordo!" A: "Bruttissimo!" P: "Erano felici però perché eravate tutti sani e salvi!" Intanto si offre un fazzoletto alla signora. A: "Grazie!..."

#### • COMPETENZA A CONTRATTARE E DECIDERE (Vigorelli, 2012)

Partendo dal presupposto che gli ospiti si trovano a vivere in un contesto in cui impone orari e regole, limitando la libertà di scelta, il riconoscere questo tipo di competenza può dare all'anziano l'occasione di sentire di essere una persona ancora in grado di scegliere e di dare la propria opinione.

Nel nostro caso, ad ogni ospite, sono state riconosciute la facoltà di scegliere se registrare la nostra "chiacchierata", la possibilità di proporre un motivo narrativo e svilupparlo come e quanto si desiderava e l'opportunità di decidere o contrattare il momento dei saluti.

A: "Bambine io vi saluto!" P: "Va bene! Grazie mille signora per la chiacchierata!" P: "È stata molto gentile!" A: "Sentite se vi ho stancato..." P: "No!" P: "No, assolutamente!"

A: "...lo vi saluto." P: "Grazie mille signora!" A: "Vi ho detto tutto!" P: "Grazie" P: "Grazie della chiacchierata!" P: "È stata molto gentile!" A: "Avete capito bene?" P: "Sì, sì, perfetto!" A: "Non credo sia grave, però non è bello" P: "Non è facile, questo sicuro!"

A: "...E così abbiamo finito? O andiamo avanti ancora? No, un'altra volta!" P: "Va bene, molto volentieri. Spero che sia stato bene in questa chiacchierata. La ringraziamo molto per la sua disponibilità." A: "Vi faccio tanti auguri, belle ragazze, belle!"

#### NARRAZIONE

La narrazione è una delle forme più antiche di comunicazione, significa raccontare

e donare una parte di sé alle persone che ascoltano. Come afferma Telfener (2006), la narrazione può essere considerata un'operazione del conoscere: attraverso di essa si ha la possibilità di creare, in maniera non cosciente, una versione differente di se stessi e della propria vita, con la possibilità di attribuire un nuovo significato e ri-contestualizzare la propria esperienza, alla presenza di un pubblico. Secondo Bruner (1990), la narrazione è il primo dispositivo interpretativo e conoscitivo di cui l'uomo fa uso nella sua esperienza di vita, come soggetto sociale e culturale. Si tratta, non solo di un'esigenza di raccontare se stessi all'esterno, ma di dare significato agli eventi che accadono, collegarli lungo la dimensione temporale e spaziale, portando alla luce le intenzioni, motivazioni, valori e aspettative. Nel porci come ascoltatrici dei racconti di vita dei nostri amici anziani, un primo principio è stato quello di porci interessate, affinché la persona si sentisse riconosciuta e incoraggiata dalla nostra disponibilità e dal tempo offerto. Rifacendoci alle teorie di Demetrio (1996), abbiamo pensato di offrire un'occasione di essere autore e protagonista di una storia, di essere spettatore di se stesso, di ciò che si è stati e di ciò che si è diventati, attraverso la ricerca del passato, per arrivare a riflettere sul presente. In altre parole, volevamo donare la possibilità di raccontare se stessi in modo diverso, sentendosi accolti e accettati, senza essere giudicati, con la libertà di esprimersi come e quanto desideravano, in quanto erano loro gli attori principali e registi. Leggendo le pagine di Demetrio (1996) si nota che individua quattro momenti salienti di una vita a cui si fa riferimento quando si fa ordine nei ricordi: amore, lavoro, ozio e morte. Abbiamo avuto modo di ritrovarli

nei racconti che ci sono stati donati, magari con diversa rilevanza da parte di uno rispetto a un altro e con peculiarità che caratterizzano ogni narrazione. In particolare abbiamo individuato dei temi che ritornano nelle nostre chiacchierate e li riportiamo qui di seguito:

- MORTE

A: *“La morte viene quando vuole lei.”*

P: *“Purtroppo sì.”* A: *“Purtroppo è così.”*

P: *“Non si può scegliere la data, purtroppo.”*

A: *“Ah la morte è così, viene quando ne ha voglia. Mah...”*

A: *“Fin qui sono arrivata, adesso basta!...”*

Ah! È brutto morire giovani, ma neanche diventare vecchi così. Fin quanto sarò capace di fare qualche cosa, ma quando non sarò più capace di niente è meglio morire. Cosa si fa al mondo! Si fa tribolare gli altri e niente altro. Ho visto mio figlio e mio marito, è venuto l'infarto a tutte e due e così in un attimo. Ah! È meglio non pensarci, cambiamo pagina!”

A: *“Ecco, ho già detto tutto! Ho detto, c'è una cosa, quando, ho i miei nipoti che abitano a Quattrocasse no, quando mancherò io vado, vado là che ho già il forno là, perché il mio paese è Gussola, ma i miei parenti sono qua, insomma, se devono mettere un fiore” (ride).*

- MALATTIA

A: *“Cosa volete sapere un po' di me?! Io ho un'ansia che mi divora! Ma sono tanti anni che ce l'ho, ho paura di tutto! Ho sempre paura che succeda qualcosa e piango spesso, mi sfogo! Appena so quando deve arrivare mio figlio, che è in ritardo di 10 minuti, io ci faccio una tragedia, sto male da morire (...) Io cerco di vincermi, ma faccio fatica (...) mi sono adattata in tutto,*

*al mattino vengo qui, leggo il giornale, faccio un po' di cyclette, perché non sembra, ma ho tanti disturbi: ho peacemaker, ho i diverticoli, ho, ho, ma adesso non mi viene in mente, ho nelle spalle artrosi, qui e qui la poliartrite, nelle spalle, poi ho male di schiena, ho fatto adesso 15 ultrasuoni (...) Non capisco quello che dicono, me lo dicono una volta, due, riesco a guardare i movimenti della bocca, però se vado qui non sento niente (indica un orecchio). Ho gli auricolari, ma non posso portarli perché ho una sordità congenita, l'aveva la famiglia, non è la vecchiaia, allora non li posso mettere perché mi viene il mal di testa e mi ha detto il dottore che mi fanno male i timpani. Alla televisione uso la cuffia, ma sento buuuu, allora guardo il televideo."*

*A: "...ho avuto quell'intervento lì alla colonna vertebrale, ho ben 8 placche di ferro nella colonna, è dura! (...) quando sono venuta ero sulla carrozzina, con la buona volontà che ci ho messo con la carrozzina, piano, piano me l'hanno tolta, mi hanno messo sul carrellino, e piano, piano mi sono avviata, sempre accompagnata e adesso invece vado da sola."*

*A: "...lo ne ho avuti tanti (di acciacchi), ho sofferto di esaurimento che ho fatto diventare matti tutti e adesso invece, adesso si può vivere mamma con te, ma che roba, era una roba più forte, dicevo che stavo male ma come mai stai male che non si vede, ma io sto male, che brutto, non lo auguro a nessuno quella cosa lì, è una cosa bruttissima."*

*A: "C'ho troppi malanni addosso (...) Mi demoralizzo, delle volte non si dorme di notte, o perché non si fa la pipì o perché; ho appena passato due giorni con una diarrea, poi mi è passata. Ah ci viene qualcosa dopo i novant'anni. Fino a ottantasette, ottantotto,*

*si stava bene, avevo più forze, adesso non ho forze, anche nel parlare ..."*

*A: "Finché si sta bene! Ma quando si è messo (colpo con bastone) e cominci a dire mi fa male qui, mi fa male lì. Come le notti, dormo, ma dopo mi vengono i crampi alle gambe mi devo alzare, certe volte cerco di fare così (massaggia le gambe), ma certe volte devo andare dalle infermiere, mi vengono a tirare su le gambe, altrimenti non dormo più... qualche volta mi tirano il collo!(sorridente) Glielo dico: portate pazienza! Quando mi vorrà lui, allora vi saluto tutti!"*

#### • GUERRA

*A: "Anche se c'è stata la guerra, perché io sono al mondo per miracolo. Hanno bombardato la stazione e io ero proprio lì a casa, che sono vicino alla stazione. Per fortuna che ha preso un appartamento di qua dalla strada e uno di qua...ero appena uscita dal lavoro. La mamma era in lavanderia con la piccola, che aveva 3 anni, mio fratello che ne aveva 7 era lì fuori in cortile con il parroco. Io ero appena uscita dal lavoro, che avevo due passi ed ero già in casa e stavo facendo i letti. Ho sentito dei rumori e ho detto Cosa sono? Sono andata alla finestra che polverone, non ho fatto in tempo a pensare che mi sono trovata sul letto, spostamento d'aria, non le dico cosa abbiamo provato (...) siamo sfollati, siamo andati dallo zio fratello della mamma e la fabbrica l'hanno chiusa, allora sono andata in un ospedale a fare l'infermiere. Si era poveri tanto..."*

*A: "La zia, perché giravano i tedeschi, mi aveva vestita tutta di nero, perché allora usavano le donne anziane vestire di nero, fazzoletto nero alla testa, seduta sul seggiolino, vicino al fuoco, allora usava il fuoco in casa, perché prendevano le ragazze le*

usavano, poi le buttavano via. Allora gli diceva che ero una vecchiolina, per la paura che mi sfruttassero, perché hanno sfruttato tante ragazze giovani. Mia zia mi ha messo al focolaio, fai la piccolina, mi ha dato la corona del rosario per dire Ave Maria, loro mi guardavano, ma avendo tutto il foulard nero intorno, avendo fuori solo il viso, non stavano a guardare proprio con precisione, però avevo paura, avevo paura.”

A: “Parma, io l’ho provata in tempo di guerra proprio, sparavano in Pilotta, uccidevano, uccidevano, i tedeschi uccidevano i partigiani, si sentivano gli spari, andavamo nei rifugi. Dopo però è finita se Dio vuole! Poi avevo i tedeschi in casa io, siccome il papà aveva una proprietà, un terreno vicino al Po, loro avevano scelto dei cascinaï per mettere dentro dei soldati tedeschi che dovevano tutelare il movimento sul Po, quindi noi in cucina, 7 figli, alla sera passavano in cucina e andavano nella stanza, dove c’era il camino e accendevano (...) mio papà che ascoltava radio Londra di sopra, ma papà se sentono, la mia mamma diceva io sono già stata profuga, io non lascio questa casa, a costo di morire qui! Allora i miei fratelli andavano tutti in un paese vicino da una zia e io rimanevo con i miei, perché non volevo lasciarli soli. Dopo di notte c’era l’apparecchio che buttava bombe dove vedeva le luci, avevamo schermato i vetri tutti di blu, di modo che con le luci di candele. Alcuni di loro erano anche bravi. Un certo (nome) diceva le preghiere con i suoi commilitoni (...) mio fratello aveva 7 anni e lui parlava un po’ tedesco (...) scodinzolava intorno a questi qui e loro intanto pensavano ai loro figli (...) un mio zio, fratello del mio papà, aveva fatto 18 anni la Prima Guerra Mondiale e poi dopo era cadetto...poi nella Seconda Guerra era capitano, l’hanno chiamato

in servizio e fatto prigioniero in un campo di concentramento in Polonia, ha sofferto tanto, tanto vero che dopo è morto a 62 anni, 18 anni la Prima Guerra Mondiale poi la Seconda, ma noi ci trovavamo in mezzo queste facce non ci rendevamo neanche del tutto conto.”

#### • MONDO DEL PRIMA

A: “Io sono nata a Martignana e sono stata tanti anni a Martignana. (...) e io abitavo lì, c’ho abitato 45 anni, mio marito è morto lì perché è morto molto giovane, però adesso l’ho venduta. Mi manca tanto. Un dispiacere perché la mia casa, la mia casa. Mi hanno messo qui e ho dovuto vendere la casa. È una cosa che non so mandarla giù”

A: “Però ho faticato con i miei figli, perché erano sempre malati, non dormivano mai, la notte piangevano tutta notte, io giravo per la camera con mio figlio, mio marito doveva lavorare era a letto non lo svegliavo però con i figli hanno contribuito ad acuitizzare l’esaurimento.” P: “Se ne occupava da sola dei figli?” A: “Sì sì tutto io, veniva mia mamma perché io facevo la sarta delle volte per farmi lavorare veniva mia mamma a custodire i miei figli. Però ho faticato tanto, tanto, tanto. Sono stata troppo bene da signorina con mio papà, avevamo la casa nostra stavo da papa proprio come si suol dire e dopo ho fatto un cambiamento ma io ero contenta lo stesso perché ci volevo bene, io sono stata contenta anche se non aveva niente però non meritava di morire così giovane, mi diceva tu sei più anziana di me morirai prima comunque quando viene la prendo...”

A: “Per cui cioè la mia vita è stata impiegata tra i figli, la cucina, in più il lavoro, quando occorreva che c’era il bisogno io andavo anche a lavorare, in campagna non è che

*viene retribuita con qualche cosa di dire di base dire fai la campagna qua e ti segnaliamo come mezza giornata per dire basterebbe andare su almeno qualche, e invece no la campagna non viene considerata così per cui tu se decidi un prezzo è quello e basta. Ma quanti pomodori si raccoglieva, adesso trovi le macchine che li raccolgono. Là a tirarti dietro una cassetta a raccoglierti e via, il padrone vedeva se la riempivi alla svelta o se ci impiegavi un po' e poi dopo, mezz'ora prima di andare a casa ti diceva ci fermiamo alla cascina e li laviamo, perché lui tra l'altro comprava i pomodori, li preparava nei platò da vendere sul mercato. Lì giù là nel vascone a lavare 'sti pomodori...'*

A: "Ho fatto in aereo, nove ore e otto ore a tornare da New York, sono stato in Russia, da Milano sono andato a San Pietroburgo, Mosca, poi al ritorno Milano, ho fatto il nord, tutte le quattro capitali nordiche, ma lì in dieci giorni, abbiamo girato tutto in pulman, però siamo andati in aereo a Oslo, abbiamo fatto scalo in Danimarca, siamo stati fermi anche lì due giorni, poi dalla Danimarca siamo venuti verso Genova, Genova ci siamo fermati a Rapallo, perché avevo un appartamento a Rapallo. Questa qui è la mia storia."

A: "Ho parlato 6 anni al moroso, era più povero, anche lui, di me e ci siamo sposati dopo 6 anni di fidanzamento. Ci siamo messi da parte il necessario per sposare. Volevo abito bianco, ma non ho potuto prendere perché non avevo i soldi. Avevo un tailleur grigio azzurro ed ero a posto (...) il papà ammalato, ce l'aveva per me che sono andata via, perché mia mamma ha detto al mio moroso: mi porti via il perno della casa! (...) Mamma mi piacerebbe quella camicetta là, quando viene Natale, ma a Natale c'erano già, quando prendi la

*quindicina, allora pagavano ogni 15 giorni te la compro, allora perché devo comprare le scarpe alla (sorella), devo comperare i pantaloni a (fratello) e quella maglia non veniva mai, capito? (...) Tanti sacrifici, dopo altri sacrifici perché mi sono sposata, sono andata in famiglia di lui, la suocera e la cognata, ho fatto 8 anni, poi sono venuta fuori perché ero stanca. (Ridiamo) Ero stanca! Non ero considerata!"*

P: "Che lavoro ha fatto?" A: "La maestra (...). Non l'ho portato alla fine, mi sono ritirata a 60 anni, invece di aspettare i 65. Mi sono ritirata dall'insegnamento a 33 anni, invece di arrivare ai 40, la scuola stava prendendo una piega che non mi piaceva. Io ero tranquillamente nella mia aula, così per le iscrizioni, viene una ragazza come questa, mi viene incontro come questa (indicando una di noi)...che cosa c'è? Maestra lei farà le materie letterarie, io farò quelle scientifiche...una voce mi ha detto Dai accontentala! Sì, sì come vuoi. Dopo ho telefonato ai sindacati e ho detto: Ma cosa sta succedendo? Mi hanno detto che stava succedendo che la scuola non era più come prima e perciò c'era un sistema nuovo. Dentro di me ho detto: lo ho lavorato con passione e adesso la passione non ce l'ho più e non mi sento di mettermi in contrasto con delle ragazze giovani, perché loro devono farsi una carriera e io la carriera l'ho già fatta. Insomma, con i sindacati a Cremona, mi sono messa d'accordo e ho dato le dimissioni, il giorno stesso. E dopo, non mi sono mai pentita! No perché le cose, specialmente il nostro lavoro deve essere fatto con passione, se fai con passione ti viene tutto un mondo...ma se non hai passione!"

A: "Io ho fatto la volontaria tantissimi anni qua al Busi, venivo ad imboccare a mezzogiorno e ho sempre detto quando, quan-

do, quando, questa sarà la mia seconda casa.”

#### • MONDO DEL DOPO

P:“E in camera è da sola?” A:“No, c’è un’altra signora ma è in carrozzina. C’è il bagno tutto mio, io sto da papa, per quello lì. È la notte, perché non dormo. Però di giorno dopo c’ho un’amica, giochiamo a carte nella mia camera perché la (caposala) c’ha portato un tavolino e giochiamo a carte insomma, ma no non mi trovo male. Dispiacere è morire lì.”

A:“Ho una cameretta proprio che ho tutto, ho i miei nipoti, ho mio marito sul comodino, ho le coppe che ha preso quando andava a pescare (...) come a casa mia, una casina mia, poi sono in una posizione che vedo tutto: vedo la gente a passare, sento anche quando c’è la festa dell’anziano, quando suonavano, ballavano, andavo sul balcone vedevo tutto. Sono in una posizione che la caposala mi ha scelto, guai per la (figlia), andavano a scuola a Cremona insieme: ‘vedrai che tua mamma l’han messo a posto bene’ di fatti ho una cameretta (...) insomma è una posizione bellissima spero di starci, quando muoio la daranno a qualcun altro.”

A:“Che mi piaccia qui dentro, no non mi piace star qui, è tre anni ma non mi sono abituata (...), ci sto per forza non posso più andare a casa adesso, mia figlia abita lontano, poi suo marito vuole andare dove vuole se ci sono io dopo non possono andare da nessuna parte e allora sto qui, qui son curata.” P:“Ma non sta bene...” A:“Sì però, sì mi piace, ho tanti amici per fortuna, però che sia proprio abituata no, finché non muoio lo dirò sempre, a casa sua si sta più bene non è vero?”

A:“Faccio fatica a dormire, per una che dor-

miva tutta la notte, ah, così a non dormire. Odio tanto non dormire. Mangiare male per me è un macello, ho perso 5 kg: ero 66 kg, adesso non sono neanche 60 scarsi. Mi pesano tutti gli anni, tutti gli anni pesano, ogni mese pesano.”

P:“A parte il mangiare come si sta qua?” A:“Male, male. Siamo in quattro, c’è anche la C. dove sono io, andiamo male, male. Perché un consumismo...”

P:“Si trova bene con i dottori, le infermiere?” A:“Sì, coi dottori sì. Le infermiere sono carine insomma.” P:“Poi fate un po’ di attività qua con la (animatore).” A:“Sì. Andiamo alla fontana. Siamo andati a Cremona a sentire delle operette, Cremona in teatro. Casalmaggiore. Se c’è qualcosa da andare a vedere, andiamo. Si va a vedere un po’ di tutto. Io sono capitata male, non c’è la camera singola. Ce n’era una, l’è andata a prendere un mio amico, l’ha presa lui, anche dare 500 in più, ne paghiamo 1700 al mese, per darci quella roba lì. Uno yogurt...”

A:“L’ambiente qua è deprimente perché quando vedo tutte ‘ste donne in carrozzina, che una parla per suo conto, l’altra urla chiama la mamma, quell’altra chiama signora, signora, signora, insomma, a me piange il cuore perché vederle così, però io non posso fare niente d’altronde, ecco è un luogo un po’, che ti butta a terra, se io non esco un po’ a prendere una boccata d’aria io piango veramente (...) Devo allontanarmi, allora faccio il giro del Busi, vado al Cavallino, parlo con delle persone che ragionano (...) il giorno che io andrò via perché penso di andare via, adesso vedrò cosa dicono i miei figli perché ho detto io qui non ci sto un’eternità se no do i numeri anch’io, fra un po’ do i numeri ieri è venuta mia figlia dice mamma ti stai spelando come le serpi.”

A: "Oh dio chissà come diventerò io dico dentro di me, chissà che fine faccio!" P: "La preoccupa questa cosa?" A: "Sì, mi preoccupa, anche perché stando insieme a loro tu perdi la memoria, la cognizione del tempo e allora..."

A: "E adesso sono venuta qua." P: "È da molti anni che è qua?" A: "Quattro o cinque anni. Piuttosto che prendere una donna, ho detto la mia pensione che vada là. Almeno non dipendo da nessuno." P: "E poi magari è in compagnia qua." A: "Sì, ma alle 7.30 sono già a letto, non c'è più in giro nessuno, sono tutti a letto." P: "E la mattina a che ora si alza?" A: "La mattina mi lasciano a letto, io vorrei alzarmi 5.30/6.00 e invece no mi lasciano a letto fino alle 7.00 e dopo mi arrabbio(...)" P: "Così sta a letto un po' di più." A: "Sì ma, vado a letto tanto presto alla sera!" P: "Si alzerebbe prima al mattino." A: "Ah sì, dopo al mattino." P: "Sta a letto sveglia? Se si sveglia sta a letto sdraiata?" A: "Sì, sdraiata."

A: "Adesso stavo giocando a carte (...) a briscola. Soltanto a briscola." P: "Fate qualche partita ogni tanto." A: "No, tutti i giorni dopo pranzo." P: "In quante siete a giocare?" A: "In due. No perché giù c'è un camerone, dove ci sono altre persone 'no ma vieni qui' no sono già d'accordo con questa, giochiamo per delle ore, là invece sono in quattro. No, per me, non sto mica male. Discorso a parte il mangiare, perché sempre quello, sempre quello, da anni, non da qualche mese, no anni."

A: "Sì, io mi trovo bene qua, mi curano perché ho bisogno, cosa dovrei pretendere, qui si mangia... insomma... ma io sono contenta, che dire che devo pagare a stare qui."

A: "La mattina leggo, ascolto la radio, stamattina ho ascoltato un'opera, ho un gira-

dischi portatile con le cuffie, ma fino a poco tempo fa leggevo molto, adesso la vista comincia a fare arrabbiare, però ascolto la radio, ho le cuffie. Fino a poco tempo fa, che alla mattina fa freschino, mi mettevo fuori sotto le piante a leggere e ascoltare la radio, ma da solo, con un altro che veniva anche lui, ma dopo viene mia nipote, mia cugina, viene sempre qualcheduno..."

A: "Vado fuori spesso. Ho due carrozzelle: questa e quella elettrica. Al mattino vado al mercatino (...) se no vado in periferia nei supermercati, vado a perdere qualche ora, c'è sempre qualche donna o qualche amico da parlare (...) a perdere un po' di tempo. Comprò un po' di frutta, qualche scatoletta, quando c'è la frittella e il pesce, non mi piace, allora apro una scatoletta di tonno." P: "Suo nipote viene a trovarla?" A: "Sì una volta ogni 15 giorni (...) il sabato. È in pensione. Mi ha detto 'il giorno che doveva prendere tuo figlio lo prendo io' gli ho detto fai come vuoi! È sempre qui, viene alle 2.30 fino a che non va a casa è sempre qui, non mi abbandona..."

A: "Dopo pranzo non dormo, ma mi metto sul letto una mezz'oretta, altrimenti la sera ho i piedi che sono così. Certe volte chiamo l'infermiera: 'Mi mette la crema sulle gambe?' Me la mette, la spalma bene, dopo mi addormento. Certe volte mi sveglio: 'Stia a letto un pochino alla mattina! Oppure vada a fare colazione e poi torni a letto!' Quando mi sono alzata basta! (...) Dopo mangiato vado a letto ancora una mezz'ora e poi guardo l'ora. Sono le 10, ma sì vado giù un pochino, faccio un bel giro, digerisco la colazione e poi vengo a tavola, ancora, per la seconda volta. È poco ma buono! Si paga tanto però! Meglio casa nostra!"

A: "Non si sta male qua, si sta bene, però si sta delle ore sempre davanti la televi-

sione. Io la guardo poco, perché la vista è molto debole, un occhio, questo, non ci vedo, vedo solo questo, allora la televisione guardo un po' poi un po' abbasso (...) delle altre attività non ce ne sono (...) A (nome) dov'ero prima, facevano qualche cosa, sui muri, sul cartellone scrivevano c, mettiamo c e a, dovevi indovinare cos'era, Catania, insomma un'altra attività, qua siamo, morti ecco! (Ride) Si sta bene, trattano bene, perché trattano bene, anch'io hanno riguardo con la carrozzella, se c'è da andare in qualche posto, sono io che non mi piace tanto farmi servire e per forza devo farmi servire, se vado in qualche posto mi ci vuole qualcun'altra per spingere la carrozzella."

*Il signore ora in camera singola, racconta la sua esperienza in doppia: A: "Di notte cantava...dopo è morto (...) ne arriva un altro, il padre di un prete, anche quello di notte continuava a parlare, ma forte, come si fa! Lo dicevo alla caposala: 'adesso il dottore vedrà, farà qualche iniezione per poterlo fare dormire', ma quello era sempre sveglio. Muore quello, un altro ne arriva, un barbiere, quello gridava giorno e notte (...) Ho parlato con dottore: 'senta io sono già stanco di stare qui' Una donna che aveva quella stanza lì è morta nel frattempo, allora mi sono messo d'accordo con il dottore-capo che mi dice 'abbiamo pensato di darla a lei' Va bene! E così è stato! E mi trovo bene."*

#### • LEZIONI DI VITA, RICORDI, SAPERI TRAMANDATI

P: "Dovrò venire da lei a farmi dare le ricette, io in cucina non sono mica tanto brava."  
A: "Prenda il pesce spada. È caro, costa quasi 30 al Kilo (...) ci metti dentro tutti i sapori, qualche foglia anche della verdura, insomma danno tutti bei gusti, allora proprio

*diventa buono, anche la pastasciutta, in più che era già buono tirato fuori dal forno quel pesce spada lì, il suo bel cucchiaino di sugo, restavano contenti insomma quegli ospiti che venivano, mi ringraziavano"*

A: "Dovevi lavorare e non prendere niente. Noi siamo venuti su proprio con della gran miseria, tanta, ecco. Io posso dire quello lì. Dopo sono andata in fabbrica qui, almeno cinque o sei anni a piedi perché non si poteva prendere la bicicletta no, no." P: "Lei abitava..." A: "A Castella. Quattro o cinque chilometri." P: "Doveva sempre fare a piedi tutti i giorni, avanti e indietro." A: "Stavo lì a mangiare però. Prendevo su della polenta, non c'avevamo il pane, allora se c'avevi il pane eri un signore. Abbiamo fatto una miseria! Andavamo a prendere su le pelle delle arance, per mangiare, non potevamo prendere le arance. Quando andavamo dal fruttivendolo io e mia sorella dicevamo 'mamma mi prendi una mela' e 'ma non ho i soldi, la prenderemo un'altra volta' ci accontentavamo così. Ah c'era una miseria, una miseria grossa..."

A: "Voi siete belle, carine e non sposatevi!"  
P: "No?" A: "No! Al mio paese quelli sposati sono tutti divisi (...) è una bella cosa avere il compagno, ma non sposarvi, eh! Perché sapete che non siete sposate, insomma se gli volete bene, invece quelli sposati, dopo non si trovano più e si dividono."

P: "Lei come consiglio ci dice di sposarci?"  
A: "Non lo so, perché qui dentro c'è dell'aria grama." P: "C'è dell'aria grama?" A: "Eh, qui dentro le ragazze metà è divisa, metà è divisa, forse di più, non so, so che sono divise e poi si sono riaccompagnate." P: "Le famiglie moderne!"

A: "La più bella cosa, quando vi trovate di fronte a un caso, può essere di un giovane, di una persona più matura, è importante

che questa persona si senta aiutata e che possa con tutta libertà esprimere quello che prova, o quello che sta pensando, perché ci può essere l'indifferenza dei familiari, ci può essere una permalosità che si scatena dentro, perché si vorrebbe gli affetti, a volte sono le carenze affettive che fanno tanto male, chi le avverte, c'è chi le avverte diventa permaloso. Quindi dovete fare in modo che uno esterni quello che ha dentro con tutta libertà, proprio, che possa esternare senza vergognarsi e senza avere paura di se stessi, perché, quando di fondo c'è la depressione, che fa paura, ci fa cambiare dentro, non siamo felici, non si è felici quando c'è la depressione. Perché si può essere invidiosi rispetto chi può essere più sereno e sta bene, si può perdere l'equilibrio, si cerca di riaverlo se c'è la volontà. Però ho visto persone finire proprio con il suicidio, è una cosa brutta. Gente che non si sarebbe detto, che aveva anche una pratica religiosa (...) Quindi indifferenza, carenze affettive, adesso abbiamo il problema del lavoro, la mancanza di attività e poi di una attività che piaccia (...) Adesso poi è un momento, è una crisi proprio che prende dentro, prende dentro, c'è chi riesce ad accontentarsi, sperando in un futuro migliore. A volte anch'io mi dico "Ma no dai, vedrai che andrai fuori di qui" ma i miei non vogliono fastidi (...) adesso i tempi sono cambiati e non è facile accettare come temporanea questa situazione, perché penso che sia un po' come le Piaghe di Egitto, quindi la vita dell'uomo è soggetta ad alti e bassi che non si aspetterebbe, ecco, perché se ti va tutto bene, vorresti continuare su quella strada e sentirti in equilibrio, sereno, capace di dominare le situazioni, che non è sempre facile. Anche perché c'è una parte di noi, dentro di noi che lotta al sopravvento (...) Io a scuola ho visto bambini che soffrivano di anoressia,

scuola media, perché il papà aveva lasciato la mamma, per quanto si avvicinassero questi bambini, si dicesse "Prendi questo te lo offro io" si chiudevano lo stomaco e non c'era niente da fare. Non studiavano neanche volentieri, dovevano formarsi ancora, in più erano provati in un'età molto delicata. Quindi vi possono portare dei bambini che hanno genitori separati e al mondo d'oggi è un po' all'ordine del giorno (...) per ciò per me le carenze affettive hanno un peso notevole e anche come dico gli interessi. Ti sei creato tu degli interessi però i tempi di oggi non ti permettono di applicarti in quel modo e in quella misura. Non saprei cosa dirvi di più!"

#### • COME SI SONO TROVATI IN COLLOQUIO

P: "Possiamo fermarci qua, la ringraziamo." A: "Ho parlato troppo?" P: "No. È stato molto bello, la ringraziamo proprio tanto." A: "Perché là o al diurno ci sono tante persone che raccontano, a tutti non lo voglio raccontare. A voi perché so che siete persone che volete sapere qualche cosa e allora (...) Beh son contenta perché mi sono sfogata." P: "Bene, era anche il nostro obiettivo far stare bene voi." A: "Ecco sì. Parlo un po' troppo." P: "È bello che abbia ancora voglia di parlare." A: "Eh lo so. Però certe cose non dovrei dirle e invece io bisogna che vuoti il cesto. Mi sento..." P: "Un pochino più leggera." A: "Più leggera sì!" P: "Si è stancato un po'?" A: "No, non mi sono stancato, ma io quando viene qualche ragazza, se devo parlare con qualche vecchio allora magari sì, ma con delle ragazze giovani così belle..." A: "Non vorrei avervi stufato e basta!" P: "No, assolutamente è stata una bellissima chiacchierata! Lei come sta?" A: "Forse vado un po' meglio, è bello parlare con persone che

non sono prevenute, perché i famigliari a volte sono prevenuti...”

#### • RICERCA DEGLI OGGETTI DEL PASSATO

Un aspetto rilevato da Demetrio (1996), importante per il processo dell'autobiografia, è la ricerca delle cose, oggetti del passato, materiali e non, che occupano il cassetto della memoria per ricordare chi siamo, cosa hanno significato per noi e cosa abbiamo vissuto grazie a loro.

In riferimento a questo, nella nostra esperienza è stato molto coinvolgente il momento vissuto con una signora che raccontava la morte del figlio:

A: “Nella mia camera c’è una fotografia di mio figlio a pochi giorni dalla morte. Lui amava la natura! Se ce l’ho vi faccio leggere quello che ha scritto, è una cosa breve (Cerca nella borsa e porge un biglietto) L’ha scritto pochi giorni prima di morire.” P: “Posso leggerlo ad alta voce?” A: “Certo!” P: “Amo la natura perché in essa sento la voce di Dio, il quale mi fa capire in tutto e per tutto che lui che comanda e dopo la morte c’è un’altra vita eterna, che chi ha fatto bene godrà eternamente bene, chi ha fatto male sarà dannato. Sono attirato spesso ad uscire verso i campi, vedere nuovi paesi e allo stesso tempo ammiro l’opera di Dio, quando vado a stelle alpine per monti, o quando mi trovo al mare, solo, non temo più la morte.” Da uno scrit-

to il giorno stesso della morte.” A: “Venite di sopra vi faccio vedere mio figlio in fotografia?” P: “La accompagniamo, va bene! grazie della chiacchierata!” A: “Mi accompagnate a casa!”

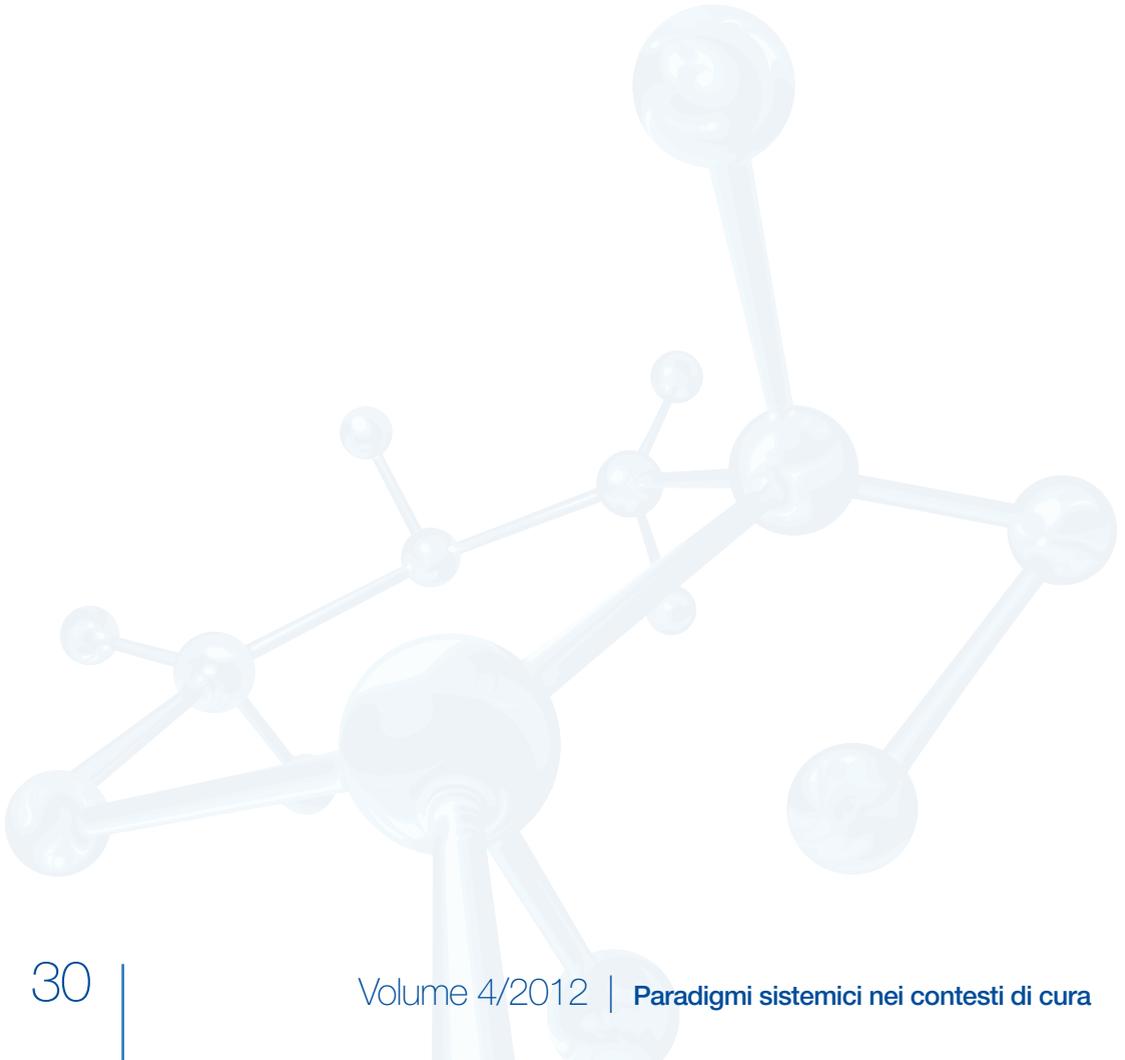
#### CONCLUSIONI

Nel corso del nostro lavoro di transizione in una residenza sanitaria assistenziale, abbiamo ascoltato, condiviso, partecipato, ci siamo emozionati, arricchiti, suggestionati. Le chiacchierate con gli anziani ci hanno permesso di conoscere una realtà vicina, ma ancora da noi poco conosciuta e storie passate personali, ma con alcune caratteristiche comuni. È stato interessante per noi cercare di applicare nei colloqui le regole del conversazionalismo e dell’approccio capacitante ed accorgerci in alcuni momenti di quanto fosse difficile riuscirci, quanto ad esempio fosse complicato non fare domande o attendere in silenzio i tempi dell’anziano.

Con il tempo ci siamo rese conto di quanto fossero importanti i suggerimenti che venivano dagli approcci citati e di come rendessero la conversazione più fluida e l’anziano più libero di esprimersi. Il pensiero narrativo è fondativo dell’etica. I risultati sono state parole di grande bellezza e la bellezza della parola può essere considerata un indicatore di salute mentale e di qualità etica.

## Bibliografia

- Bruner, J.S (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press, Cambridge. Tr.it (1992) *La ricerca del significato Per una psicologia culturale* Torino: Bollati Boringhieri.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'auto-biografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lai, G. (1993). *Conversazionalismo Le straordinarie avventure del soggetto grammaticale* Torino: Bollati Boringhieri.
- Lai, G. (1980). *Le parole del primo colloquio*. Torino: Bollati Boringhieri
- Telfener, U. (2006). *La terapia come gioco di ricombinazione*. Rintracciato il 13 ottobre 2012 su <http://www.psicologiadellasalute.org>
- Vigorelli, P. (2012). *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'approccio capacitante*. Milano: Franco Angeli
- Vigorelli, P. (2011). *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Milano: Franco Angeli
- Zanon, A. Gentile A. (2011). *La comunicazione con il paziente anziano istituzionalizzato*. Milano: Franco Angeli.



# La potenzialità del gruppo di sostegno con i familiari nell'ambito delle demenze

Anna Dodi\*

## Sommario

Questo studio testimonia l'esperienza di lavoro con il gruppo di sostegno per familiari di persone affette da demenza. La qualità dell'intervento è stata valutata analizzando le videoregistrazioni degli incontri e in futuro verranno esaminati i dati raccolti con due questionari: il GHQ (General Health Questionnaire) e lo ZBI (Zarit Burden Interview); i dati ci permetteranno di considerare l'eventuale influenza dell'intervento sui livelli di stress e sullo stato di salute generale percepiti dai familiari.

**Parole chiave:** Gruppi di sostegno, Demenza, Prendersi cura, Famiglia, Interventi psicosociali, Conduzione

## Summary

*This study give evidence of the experience of work with the support group for caregivers of persons with dementia. The quality of the intervention has been assessed revising the videotapings of each encounter and in the future will be examined the dates collected with two questionnaires: the GHQ (General Health questionnaire) and the ZBI (Zarit Burden Interview); the dates will allow us to consider the possibile effect of the intervention on caregivers subjective perception of burden and general distress.*

**Key words:** Support group, Dementia, To take care, Family, Psychosocial interventions, Leadership

\*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

## INTRODUZIONE

Nell'ambito del lavoro con le famiglie di persone affette da demenza un ruolo importante è quello svolto dallo psicologo. Generalmente all'interno dei Consultori Demenze è prevista un'attività specifica di sostegno psicologico che si può svolgere individualmente oppure attraverso la metodica dei gruppi di sostegno. Nel presente lavoro verranno sinteticamente presentate le attività di sostegno rivolte ai familiari che vengono organizzate all'interno del Consultorio Disturbi Cognitivi dell'AUSL di Parma-Distretto di Fidenza e una particolare attenzione verrà dedicata alla metodica dei gruppi di sostegno, un tipo di intervento che sempre più spesso si sta diffondendo anche in ambiti diversi.

Curare una persona che soffre di demenza può risultare un'esperienza estremamente stressante, che può portare, e spesso porta, al progressivo esaurimento fisico ed emotivo di colui che accudisce. I gruppi di sostegno per i familiari possono rappresentare una modalità di intervento estremamente utile ed efficace nel promuovere un maggior livello di benessere nelle persone che stanno affrontando un periodo di stress e di forte pressione. I gruppi possono offrire delle opportunità di sviluppo e sostegno personali difficilmente ottenibili attraverso altre metodiche che non implicano processi di gruppo; notevole è la varietà di esperienze e la ricchezza di informazioni che i membri del gruppo riescono a scambiarsi. Ed è proprio tale ricchezza generata dagli stessi membri del gruppo, l'immediatezza delle loro esperienze e la cura reciproca che essi possono scambiarsi darci un'idea delle potenzialità di questa metodica. Di seguito verrà presentato il lavoro svolto con la metodica dei gruppi di sostegno all'interno del Consultorio di Fidenza, verranno discusse le tecniche di conduzione

per lo psicologo e le premesse che hanno spinto ad approfondire ed esplorare le potenzialità di questo tipo di intervento attraverso una ricerca.

## PRATICHE DI GRUPPO ED ORIENTAMENTO SISTEMICO

Valutando la letteratura esistente sulle teorie e le pratiche di gruppo, l'orientamento sistemico-relazionale appare poco rappresentato; tale dato appare contraddittorio se si considera che *"la terapia familiare ha da sempre privilegiato l'intervento sulle relazioni interpersonali e, più recentemente, i concetti di costruttivismo e "terapia narrativa" hanno ulteriormente enfatizzato gli aspetti relazionali e linguistici di qualsiasi problema individuale"* (Vittadini, Giorgi, 1996; pag. 1). Il motivo di questa incongruenza può essere meglio compreso se si considera che il modello sistemico è stato identificato per lungo tempo con la terapia della famiglia, ambito in cui sono confluite le maggiori energie, sia in ambito clinico che teorico.

L'interesse per la teoria e la pratica di gruppo si sviluppa a partire dagli orientamenti psicanalitici e solo in tempi recenti, dopo la seconda guerra mondiale e con i lavori di Bion. Prima di allora, le pratiche di gruppo venivano esercitate trasferendo all'interno dei gruppi i metodi classici dell'analisi individuale. Solo a partire dagli anni '50 e '60 si iniziò a pensare al gruppo come ad un'entità dotata di una propria individualità; questo avvenne sotto l'influenza del pensiero di Lewin che a sua volta fu influenzato dalla teoria del campo di Einstein (Baldascini, 2012). Per Lewin *"il gruppo è qualcosa di più, o, per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha una struttura propria, fini peculiari, e relazioni particolari con altri gruppi. Quel che ne costituisce l'essenza non è la*

*somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Essa può definirsi come una totalità dinamica” (Quaglino, Casagrande, Castellano, 1992; pag. 20); Lewin afferma quindi la “necessità di osservare il gruppo come totalità e lo identifica come soggetto sociale organizzato al pari dell’individuo e dell’ambiente, come una unità in grado di esprimere comportamenti, valori culturali propri, differenti da quelli delle singole persone che ne fanno parte” (Quaglino, Casagrande, Castellano, 1992; pag. 19).*

Il pensiero di Lewin influenzò sicuramente il lavoro degli psicoanalisti, come ad esempio Bion, che iniziarono ad elaborare teorie sul funzionamento del gruppo considerandolo come una totalità; nella pratica clinica cambiò anche il metodo di lavoro in quanto l’oggetto terapeutico divenne il gruppo nella sua globalità (Baldascini, 2012). Analizzando più dettagliatamente il pensiero di Bion, egli propone due livelli di lettura del gruppo che concorrono alla formazione della vita del gruppo e della sua dinamica interna: un’attività razionale che consente al gruppo di lavorare e che opera per il controllo delle emozioni che potrebbero ostacolare lo svolgimento del compito, e l’altro legato agli aspetti emotivi che egli definisce “assunti di base”, cioè, quegli aspetti più profondi del funzionamento del gruppo che si manifestano con l’esplosione di sentimenti forti e primitivi non dominabili con strategie razionali (Quaglino, Casagrande, Castellano, 1992); il pensiero di Bion offre, quindi, una lettura del gruppo come unità globale interdipendente e contemporaneamente integra gli aspetti legati al funzionamento del singolo individuo (bisogni, aspettative, ecc.).

Appare quindi evidente come le prime idee relative al funzionamento dei gruppi come

totalità hanno un’origine sistemica; per comprendere il funzionamento del sistema-gruppo è necessario cogliere la natura delle relazioni fra gli elementi che lo compongono; non scomporre il sistema in elementi più semplici bensì comprendere l’insieme dei rapporti fra di essi.

Le prime applicazioni cliniche della terapia sistemica di gruppo avvennero con i gruppi terapeutici multi-familiari e con famiglie multi-problematiche negli anni ‘70; altre esperienze cliniche avvennero con gruppi terapeutici composti da pazienti omogenei per patologia o per fasi del ciclo di vita, oppure con gruppi misti rispetto alle problematiche presentate. Le tecniche utilizzate in questi gruppi erano quelle classiche della terapia della famiglia e sfruttavano le possibilità specifiche offerte dal contesto grupppale, un luogo naturale di confronto con gli altri, nel quale, attraverso i processi di identificazione e differenziazione, i pazienti potevano giungere ad una nuova definizione di sé.

Passando ad un’analisi più recente, molteplici sono le esperienze di gruppo presenti nel panorama italiano; la principale suddivisione è tra gruppi puramente terapeutici (gruppi ad orientamento psicoanalitico, gruppi basati sui giochi di ruoli, gruppi ad orientamento sistemico-relazionale, gruppi di terapia della famiglia, gruppi ad orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi centrati sul corpo) e gruppi con configurazione esperienziale (gruppi di auto-aiuto, gruppi di sostegno, gruppi evolutivi). I gruppi di sostegno risultano particolarmente interessanti per le opportunità che offrono ai partecipanti rispetto ai bisogni di un maggior benessere psico-sociale, ma anche in un’ottica preventiva; occorre anche specificare che certe esperienze nate come gruppi di sostegno, diventano poi dei gruppi terapeutici veri e propri;

d'altra parte risulta spesso difficile tracciare una netta distinzione tra gruppi terapeutici e non. Per quel che riguarda l'approccio sistemico, tra l'altro, la questione della tipologia del gruppo ha un'importanza relativa in quanto esso parte dal presupposto che gli accadimenti all'interno del gruppo dipendono dalle relazioni fra i membri per cui la loro evoluzione può portare il gruppo ad oltrepassare gli obiettivi prefissati.

La teoria sistemica si discosta dalla teoria psicoanalitica anche per i criteri utilizzati nella composizione del gruppo (criteri per l'inclusione/esclusione); secondo gli psicoanalisti i pazienti che appartengono ad alcune categorie diagnostiche, come ad esempio i pazienti psicotici oppure quelli con tendenza al suicidio, non sarebbero adatti alla terapia di gruppo, la loro partecipazione rischierebbe, in molti casi, di compromettere il successo della terapia stessa. Per la teoria sistemica, invece, non esistono categorie diagnostiche invariabili il comportamento della persona all'interno del gruppo risulta non prevedibile; all'interno dell'orientamento sistemico-relazionale la fase diagnostica è spesso criticata e considerata come un processo al termine del quale viene posta un'etichetta sulla persona che rischia di imprigionarla in una visione stereotipata e senza vie di uscita. Nell'ottica sistemica, quindi, i partecipanti vengono selezionati solo sulla base della loro motivazione ed in rapporto agli obiettivi del gruppo.

### **GRUPPI DI SOSTEGNO E CAMBIAMENTO: ALCUNE SUGGERZIONI TEORICHE**

Per comprendere pienamente le potenzialità del metodo di lavoro con i gruppi verranno discussi alcuni riferimenti teorici particolarmente significativi a tale scopo.

Appare interessante il pensiero di White se-

condo il quale i sintomi e i problemi portati dai pazienti sono strettamente collegati con la costruzione di sé e del mondo e con i rapporti interpersonali; l'autore afferma che gli individui possono cambiare ma che non possono cambiare da soli, gli individui hanno bisogno di altri per cambiare e per ottenere ciò *"devono mutare le narrazioni che organizzano le loro interazioni con il mondo, quindi devono cambiare le auto-descrizioni e le descrizioni del mondo"* (Telfener, 1992; pag. 15). Nel pensiero di White i sistemi di credenze vengono intesi come storie che gli esseri umani si narrano per organizzare ed interpretare la loro esperienza, esse sono costruite socialmente all'interno di un particolare contesto storico-culturale e rappresentano le griglie che determinano le nostre realtà.

L'autore considera la terapia come il contesto in cui le storie possono essere riscritte e il terapeuta viene considerato *"un abile sceneggiatore che accoglie le storie dei clienti come doni degni di ogni onore, e offre in cambio nuove storie che consentano nuovi significati, risoluzioni alternative, speranza e autodeterminazione"* (Telfener, 1992; pag. 19). Il terapeuta viene considerato un esperto di conversazione più che un esperto di problemi.

Le idee di White ci hanno fatto riflettere molto sulle potenzialità degli interventi basati sul metodo dei gruppi di sostegno e l'atteggiamento del terapeuta descritto dall'autore ha sicuramente influenzato il modo con cui abbiamo interpretato la conduzione del gruppo di sostegno per familiari di persone affette da demenza realizzato presso il Consultorio Disturbi Cognitivi di Fidenza. Il gruppo ci è infatti sembrato fin da subito un luogo particolarmente ricco di desideri, credenze, pregiudizi, emozioni, descrizioni della

realtà, linguaggi, personaggi, storie narrate, narratori e di conseguenza un luogo ricco di opportunità per il cambiamento. All'interno del gruppo è stata data particolare rilevanza all'ascolto delle storie e al tentativo di cogliere i significati da esse veicolati; si è inteso il gruppo come "un serbatoio di storie" attraverso le quali è stato possibile ridefinire i problemi e il loro significato. Compito dei conduttori è stato quello di facilitare la conversazione, individuare i temi comuni alle varie storie, far riflettere sulle conseguenze dei problemi a livello relazionale e offrire spunti per pensare ed eventualmente affrontare in modo diverso i problemi senza avere la presunzione di essere gli "esperti" dei problemi stessi.

Interessante appare anche il pensiero di Goolishian: egli intende il sistema terapeutico come un sistema linguistico in cui la comunicazione ha rilevanza di per sé; oggetto della terapia non è più l'individuo o la famiglia bensì il sistema di significati che ruota attorno ai problemi; il cambiamento è possibile grazie all'evoluzione di nuovi significati per mezzo della conversazione (Goolishian, Andersen, 1987). Sempre secondo Andersen e Goolishian (1992) il ruolo del terapeuta è quello di un architetto del dialogo la cui professionalità sta nel facilitare la conversazione e nel prendere parte al processo sistemico di co-creazione del linguaggio e di nuovi significati; la funzione del linguaggio non è semplicemente quella di descrivere e rappresentare oggetti, persone o azioni bensì di generare nuovi contesti di significato. In questa ottica, abbiamo inteso il gruppo di sostegno come "un sistema generatore di linguaggio e di senso", dotato di molteplici opportunità di scambio e di confronto ("la forza del numero"); in qualità di conduttori del gruppo, abbiamo agito cercando di facilitare la co-

municazione ma allo stesso tempo abbiamo offerto i nostri punti di vista e ci siamo inseriti nei dialoghi con la consapevolezza, così facendo, di partecipare alla co-costruzione di nuovi significati.

### **DALLA TEORIA ALLA PRATICA: IL CONSULTORIO DISTURBI COGNITIVI COME LUOGO PER L'INTERVENTO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE**

Le attività di sostegno che lo psicologo può svolgere all'interno del Consultorio Disturbi Cognitivi sono di diversi tipi: attività di sostegno individuali, attività di sostegno di gruppo, percorsi psico-educativi indirizzati ai singoli individui oppure di gruppo.

Le attività di sostegno individuali si caratterizzano come colloqui clinici che possono avere diversi obiettivi a seconda delle fasi attraversate dal caregiver che si prende cura del malato, generalmente mirano a favorire l'accettazione della patologia e l'evoluzione sfavorevole della stessa, a contenere o elaborare le risposte emotive disadattive, a favorire il superamento di fasi critiche come, ad esempio, l'ingresso del paziente in una struttura. I percorsi psico-educativi invece, hanno l'obiettivo di trasmettere conoscenze ai familiari sulla malattia e sulle sue caratteristiche, ma soprattutto mirano a far conoscere le strategie di relazione e comunicazione più efficaci per accogliere i bisogni del malato e migliorare così la qualità della vita del paziente accanto a quella della famiglia; i percorsi psico-educativi possono essere rivolti al singolo individuo oppure possono essere rivolti a gruppi di familiari. Un altro metodo di intervento è rappresentato dai gruppi di sostegno. Presso il Consultorio Disturbi Cognitivi di Fidenza, ogni anno vengono organizzati una serie di incontri per i familiari di persone affette da demenza seguite dal

centro e non. Anche quest'anno sono stati programmati degli incontri di gruppo che hanno visto la partecipazione di un numero variabile di persone, tra i cinque e gli otto membri. Oggetto del presente lavoro sarà proprio la presentazione del percorso svolto insieme ai familiari che hanno partecipato a tale iniziativa.

### **IL GRUPPO DI SOSTEGNO: ORGANIZZAZIONE DEGLI INCONTRI**

I familiari che hanno partecipato agli incontri del gruppo di sostegno sono stati segnalati, solitamente, dai medici del centro, oppure, sono stati individuati dallo psicologo stesso, in occasione delle visite effettuate nel corso dell'anno; in alcuni casi, si è trattato di familiari segnalati dagli assistenti sociali del territorio.

Quest'anno sono stati programmati cinque incontri a distanza di circa venti giorni l'uno dall'altro, ogni incontro ha avuto la durata massima di due ore. Gli incontri del gruppo di sostegno sono stati preceduti da quattro incontri di informazione-educazione che il Consultorio ha organizzato con lo scopo di trasmettere conoscenze sugli aspetti clinici della malattia, sulle modalità di comunicazione più efficaci per gestire la relazione con la persona ammalata ed informazioni sui servizi presenti nel territorio; questi incontri sono stati condotti da diverse figure professionali che hanno trattato, di volta in volta, gli argomenti di relativa competenza (medico neurologo, psicologo ed assistente sociale); in linea generale, i familiari che hanno aderito agli incontri del gruppo di sostegno hanno anche partecipato a tali incontri.

Per quanto riguarda la composizione dei partecipanti al gruppo di sostegno, abbiamo adottato la formula del gruppo chiuso e quindi abbiamo iniziato e concluso gli incon-

tri sempre con gli stessi caregivers. Non è stata data particolare importanza alla preparazione dei partecipanti: semplicemente, ad ogni potenziale partecipante sono state date informazioni sulle caratteristiche generali del programma, sulla durata, la frequenza e la sede degli incontri e informazioni sul funzionamento e le finalità degli stessi.

La durata complessiva del programma è stata limitata a cinque incontri, ma abbiamo lasciato ai partecipanti la possibilità di accordarsi per lo svolgimento di altri incontri, nel caso sentissero l'esigenza di rivedersi e/o per affrontare altri temi.

Il primo incontro è stato dedicato alla presentazione dei partecipanti e alla conoscenza delle aspettative personali mentre gli incontri successivi hanno previsto la trattazione di un argomento specifico preventivamente concordato con i membri del gruppo e a seconda delle esigenze degli stessi. Sono stati individuati anche dei temi esemplificativi: le prime manifestazioni sintomatiche della malattia e la comunicazione della diagnosi, la gestione dei disturbi comportamentali del paziente, le emozioni e i bisogni dei familiari, "farsi aiutare" e i servizi; alcuni di questi temi sono stati proposti quando i membri del gruppo non riuscivano, da soli, ad individuare un argomento da trattare negli incontri successivi, fermo restando che, ogni incontro poteva prevedere delle deroghe rispetto al tema precedentemente concordato, come ad esempio, nel caso in cui un membro del gruppo sentisse l'urgenza di parlare di un problema specifico.

### **UNA RICERCA SULL'EFFICACIA DEI GRUPPI DI SOSTEGNO: PREMESSE E SVILUPPO DI UN PROGETTO**

Sulla base della precedente esperienza di lavoro con i gruppi di sostegno si è pensa-

to di svolgere una ricerca sull'efficacia degli stessi. Si era infatti riscontrata una particolare soddisfazione da parte dei membri che avevano partecipato agli incontri di gruppo negli anni precedenti ed erano stati osservati dei cambiamenti rilevanti sul piano del benessere psicologico.

Tali sensazioni sono state accolte e si è pensato di progettare una ricerca per verificare un'eventuale relazione tra l'intervento effettuato con i gruppi di sostegno e il benessere psicologico: si è deciso di confrontare due gruppi, un gruppo sperimentale composto dai caregivers che hanno partecipato agli incontri informativi e agli incontri del gruppo di sostegno, e un gruppo di controllo formato da caregivers che hanno partecipato soltanto agli incontri informativi. Ai soggetti di entrambi i campioni sono stati somministrati due questionari oltre ad una scheda per la raccolta di dati anagrafici e sociali, nonché per la raccolta di dati relativi ai sintomi presentati dai pazienti. I questionari somministrati sono il GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg, Williams, 1988) e lo ZBI (Zarit Burden Interview) (Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980). I questionari sono stati somministrati in tre momenti diversi: prima dell'intervento, alla fine del programma relativo ai gruppi di sostegno e in un follow up a distanza di otto mesi.

Si precisa che quelli raccolti fino ad ora sono dati preliminari, il numero di soggetti che hanno partecipato alla ricerca non è infatti sufficiente per poter garantire un'analisi significativa dei dati; sarà necessario ampliare il numero di soggetti dei rispettivi campioni raccogliendo dati in occasione degli interventi che verranno organizzati negli anni successivi.

Oltre alla raccolta di dati sul benessere psicologico-sociale dei caregivers attraverso la

somministrazione di questionari si è pensato di ottenere dati di tipo qualitativo attraverso la videoregistrazione dei vari incontri. Rivedere gli incontri ci ha consentito di analizzare in profondità le dinamiche interne ai gruppi, le caratteristiche della conduzione e i suoi effetti. Il lavoro che segue presenterà le riflessioni emerse proprio da quest'ultimo tipo di analisi, verranno presentati i riassunti dei vari incontri, le trascrizioni di alcuni dialoghi ritenuti tra i più significativi ed alcuni esempi delle nostre restituzioni.

## **LA CONDUZIONE DEL GRUPPO: ALCUNE TECNICHE**

Il gruppo di sostegno per familiari di persone affette da demenza è stato condotto con l'aiuto dell'assistente sociale del centro. Si è quindi trattato di una co-conduzione senza una precisa definizione di ruoli, semplicemente ci siamo poste l'obiettivo di collaborare per facilitare la comunicazione, introdurre nuovi argomenti, cogliere i temi e le criticità comuni ai vari membri del gruppo e partecipare con i nostri punti di vista agli scambi comunicativi.

In particolar modo, rispetto alle storie ed ai vissuti raccontati dai membri, abbiamo spesso utilizzato parafrasi ed espressioni empatiche per esplicitare la nostra comprensione di ciò che veniva riportato; inoltre, abbiamo cercato di cogliere i temi trasversali alle storie ed ai problemi descritti e vissuti dai membri, in un certo senso abbiamo cercato di cogliere "il motivo narrativo" comune alle varie esperienze riportate, come direbbe Vigorelli nella prospettiva del conversazionalismo (Vigorelli, 2004); in questo modo è stato possibile far emergere alcuni temi centrali da approfondire ed eventualmente ridefinire con il contributo dei vari membri.

All'interno del gruppo ci siamo poste "alla

pari” rispetto agli altri partecipanti e senza la presunzione di essere “gli esperti del problema”; abbiamo favorito l’emergere di un clima accogliente e di interessamento per i problemi riportati da ciascuno.

## **IL PRIMO INCONTRO: PRESENTAZIONE DEI PARTECIPANTI ED ANALISI DELLE ASPETTATIVE**

Il primo incontro con i membri del gruppo è stato condotto con l’obiettivo di far capire a grandi linee come funziona un gruppo di sostegno, sono state spiegate alcune regole tra le quali quella relativa alla riservatezza delle informazioni personali, è stato definito uno scopo comune e si è dato spazio alla presentazione dei partecipanti che, a turno, hanno raccontato la loro storia e la storia dei loro cari ammalati nonché le aspettative rispetto all’ esperienza di gruppo.

Letizia ha presentato in questo modo la sua situazione: *“La mamma è ammalata da circa due anni, ora è molto peggiorata, si è anche rotta un braccio...sono qua per capire come mi devo comportare, a volte cerca persone, chiede cose e non so come rispondere, non riesco a capire fino a che punto darle ragione e assecondarla, se la devo convincere che non è come la pensa lei...L’altro problema è mio papà che, invece, è in forma mondiale, però con di fianco questa persona ha anche lui bisogno di aiuto, chiaramente avendo 83 anni...lui non la vede malata, si è rotta un braccio ma guarirà, per cui vorrei cercare di non fare impazzire anche lui e poi fatica ad ammettere che la moglie non guarirà mai...”* Nel gruppo è presente anche la signora Marisa il cui marito è ammalato di Alzheimer da circa due anni: *“siamo solo noi due perché mia figlia abita lontano ed ha due figli piccoli per cui noi dobbiamo arrangiarci; sono qua*

*per sentire come ci si deve comportare con lui... non mi aspetto miracoli”.*

Ecco invece le parole di Paola che descrive così la sua situazione: *“Vivo con la mamma che ha iniziato ad avere problemi un po’ di tempo fa, in più ha anche altri problemi di salute che aggravano la sua situazione psicologica, è molto distruttiva...spero di trovare un aiuto, per saperne di più, per farle fare un percorso che sia migliore per lei senza gravare su di me. È una situazione molto difficile, da parte di tutti. Il suo carattere si è estremizzato e io sono sola con lei, la situazione è pesante; sono in congedo straordinario da diverso tempo, non riesco più a lavorare, mi manca il mio lavoro ma per poter lavorare bisogna avere il terreno spianato. È sempre una battaglia per qualsiasi cosa. Fuori casa si destabilizza di più. Spero che gli incontri mi diano la forza per andare avanti e vorrei sentire altre situazioni”.*

Ileana racconta la sua storia e quella di suo marito che si è ammalato di demenza in età giovanile: *“Mio marito dal 2008 ha iniziato ad avere...nel 2008 sono iniziati i primi accertamenti, poi è peggiorato...sono qua per sentire le vostre esperienze...di chi ci è già passato e ne sa di più, per capire cosa mi aspetta, come mi devo preparare, cosa posso imparare per affrontare meglio il problema, per me, per lui e per i nostri figli che sono in un’età critica, una femmina che compie 18 anni, che affronta forse abbastanza bene il problema...il maschio ne compie 16 ad aprile e qui abbiamo dei problemi...lui non accetta, lui ha bisogno del papà e il papà non può fare il papà... per cui vorrei imparare ad uscirne il meglio possibile...”*

Di seguito invece un passaggio del racconto di Maria (II): *“Anche io ho un marito giovane e ho reagito subito con rabbia, con molta rabbia e me la sono presa nel senso di dire,*

tu ti sei ammalato ed è finita, cioè diciamo, non finita nel senso...tu sei così e io sono costretta ad essere altrettanto perché tu ti sei ammalato...e mi è venuto un nervoso... ho reagito molto con i nervi...adesso ho capito, l'ho accettato di più, lo sento molto, io lo sento molto, però c'è molta rabbia, perché dico...i ragazzi sono grandi, ho due figli che sono meravigliosi, però la rabbia ce l'ho ancora perché dico...i ragazzi sono cresciuti, adesso la vita è un po' nostra, giusto?... No! Adesso tu ti ammali...cioè, è giusto?..." Maria prosegue poi la narrazione raccontando come non riconosca più il marito: "non sembra più lui, si veste sempre in tuta, prima era maniaco nel vestirsi...". Nel gruppo è presente anche la figlia di Maria, di nome Claudia, che aggiunge: "Sono pesanti anche i problemi motori, fatica ad alzarsi dal divano...perde l'equilibrio; poi c'è piena consapevolezza della malattia e le sue emozioni sono tutte acutizzate...una cosa che vorrei capire meglio riguarda il linguaggio, perché lui ha una sensibilità più spiccata e secondo me spesso con il linguaggio sbagliamo, dobbiamo imparare a rapportarci meglio con lui...proprio come linguaggio". Mamma e figlia chiedono come devono comportarsi soprattutto quando la persona ammalata non riesce a trovare le parole per esprimersi; Sabrina vorrebbe anche capire come essere utile per entrambi i genitori.

Di seguito anche le parole di un'altra partecipante al gruppo, la signora Giovanna: "La mia situazione è migliore di quella degli altri, ho la mamma di 90 anni ammalata di demenza, non vive con me per cui la situazione è più leggera; abbiamo una badante e lei vive con uno zio disabile al cento per cento. Ci alterniamo io con i fratelli e la sorella per la gestione. Sono venuta a questi incontri per capire cosa è possibile fare per

lei...anche per farla stare di più con altre persone". Giovanna, proseguendo la sua narrazione, ha riportato l'esperienza del centro diurno ed ha espresso interesse per alcune iniziative, come ad esempio "Il caffè del giovedì", proprio per riuscire a migliorare la vita sociale della mamma.

Di seguito riportiamo invece una delle nostre restituzioni avvenuta verso la fine del primo incontro con il gruppo: "Una delle problematiche più diffuse che è emersa oggi è relativa al come comportarsi di fronte alla persona ammalata, un problema della relazione con l'altro, ed è chiaro che quando ci si trova da soli ad affrontare il tutto, come in diverse situazioni ascoltate oggi, è tutto più difficile... inoltre sono emerse due emozioni, la rabbia e la depressione, che normalmente sono le più difficili da affrontare...la rabbia del paziente e la rabbia nostra; il dolore, la depressione sono stati il tema di oggi... la rabbia e il dolore che comunque sono sentimenti che tutti abbiamo provato davanti ad una diagnosi, come questa in particolare, o davanti a qualsiasi altro tipo di diagnosi per una malattia grave...la rabbia è normale...perché avevo tutti i miei progetti...adesso era il momento e...devi cambiare tutti i progetti... e come comportarsi può anche significare come ci si deve riorganizzare, come è meglio rispondere al malato ma anche come riorganizzare la propria vita...nel senso che...uno degli obiettivi che abbiamo sempre cercato di coltivare con questi incontri di gruppo è quello di stare attenti alle nostre esigenze, la nostra capacità di resistere di fronte a determinati comportamenti dipende anche dalla possibilità di soddisfare i nostri bisogni".

In seguito a questa restituzione si è aperto un dialogo ed un confronto sul come ci si possa prendere degli spazi tollerando il senso di colpa che ne consegue, ed alcuni

hanno sottolineato l'importanza di imparare a chiedere ed accettare l'aiuto degli altri; Claudia ha inoltre evidenziato che ritagliare degli spazi per sé consente di migliorare la qualità della relazione con il malato. Maria, rispetto a questo tema, sottolinea quanto sia difficile ritagliarsi uno spazio di vita personale passando del tempo separata dal marito; di seguito riportiamo l'intervento di Giovanna rivolto proprio a Maria (II): *“Mi metto nei suoi panni e penso, una cosa è la mamma, un'altra cosa è il coniuge... abbiamo sempre vissuto vicino al nostro compagno e abbiamo sempre fatto tante cose insieme, abbiamo avuto tante speranze insieme, abbiamo superato delle difficoltà, abbiamo fatto dei progetti, ecc. quando arrivi a dire, abbiamo superato tanti ostacoli e finalmente siamo arrivati a qualcosa, nel momento in cui il tuo compagno non ce l'hai più al tuo fianco per realizzare i tuoi sogni, dovresti vivere con una persona ma allo stesso tempo rifarti qualcosa come persona singola e non si è capaci...cioè, non si è più capaci di dire: -oggi mi prendo una mezza giornata tutta mia e vivo-...no!, tu non riesci a dire vivo da sola, ti manca la tua metà”.*

### **ALCUNI TEMI EMERSI NEGLI INCONTRI SUCCESSIVI**

Spesso Letizia, all'interno del gruppo, ha parlato della mamma e dei suoi comportamenti di nervosismo e ansia manifestati con continue richieste di vedere il nipote, un nipote che la mamma non riconosce più in quanto è diventato grande mentre nella sua mente è rimasto piccolo. Letizia si è chiesta quale sia la reazione più adeguata di fronte alle continue richieste della mamma di vedere il nipote. Nel dialogo con gli altri membri del gruppo è stato importante il contributo di Maria che, a tal proposito, ha messo a dispo-

sizione la propria esperienza con la mamma raccontando anche le strategie da lei utilizzate in situazioni simili, come ad esempio, distrarla con un cambio di argomento oppure mettendo della musica. Anche Paola ha raccontato le ossessioni e le ansie della mamma alle prese con la continua ricerca di oggetti (ad es. le chiavi), oggetti che vengono spesso perduti e poi ritrovati; Paola ha anche sottolineato come sia difficile mantenere la calma in queste circostanze, affogata dalle continue richieste e dall'ansia della madre. Ad un certo punto il gruppo è giunto alla conclusione che è importante fornire al malato risposte che siano vicine al suo mondo piuttosto che al nostro e un argomento comune alle diverse esperienze raccontate lo abbiamo definito in questo modo: *“l'ansia è contagiosa”*; di seguito viene riportata la nostra restituzione in merito: *“Sembra proprio che l'ansia sia contagiosa, cerchi di contrastarla, ma ad un certo punto, dopo le richieste insistenti, cominci a sentire una cosa nello stomaco, hai bisogno o di scappare oppure di dire qualcosa perché perdi i cavalli anche tu...l'ansia ha questa caratteristica di contagiosità. Gli esempi che sono stati riportati fino ad ora sono tutti riconducibili al fatto che, queste persone non trovano più gli oggetti...gli oggetti della mente...questi bambini, la casa...Moltissimi pazienti che abbiamo conosciuto al centro diurno cominciavano a piangere perché dicevano che dovevano andare a casa, ma la casa era addirittura quella della loro infanzia; oppure c'era una signora che si metteva sulla porta perché doveva aspettare i bambini che tornavano da scuola, e non c'erano Santi, ce la dovevi portare perché arrivavano i ragazzi...Ognuno di noi ha cose che tollera bene e cose che tollera meno bene...io, quando sentivo questa signora piangere stavo male...a volte*

*si fanno tanti tentativi ma non c'è verso di modificare le cose, anche la malattia con cui si ha a che fare è così, quindi, vanno bene tutte le strategie comportamentali purché si impari anche a salvaguardare se stessi; in un centro diurno gli operatori sono tanti e ci si dà il cambio ma a casa non è così".*

La restituzione appena descritta ci ha consentito di approdare al tema del "come fare per salvaguardare se stessi" e dei "servizi".

Un altro dei "motivi narrativi" che abbiamo individuato ascoltando le storie dei partecipanti lo abbiamo definito "trovare la giusta distanza"; siamo approdati a definire questo tema dopo aver ascoltato le storie di Maria e Paola, molto assorbite dalle esigenze assistenziali dei genitori, e la storia di Claudia che ha ammesso di fare molta fatica a tollerare e a non intervenire rispetto ai continui battibecchi fra la mamma e il papà ammalato; rispetto a questo tema ognuno ha espresso la propria idea sul come sia possibile trovare la giusta distanza:

Maria: *"la malattia bisogna vederla ed accettarla per riuscire a trovare la giusta distanza, altrimenti si rischia di rimanere travolti";*

Giovanna: *"non si può tornare indietro con le lancette dell'orologio anche se si vorrebbe";*

Claudia: *"avere fiducia nel fatto che i miei genitori se la possano cavare da soli mi aiuterebbe a trovare la giusta distanza";*

Ileana: *"delegare agli altri può aiutare";*

Letizia: *"io sto cercando di considerarlo un lavoro, mettere dei limiti di tempo, mettere dei paletti per avere spazio per sé..";*

Paola: *"in generale non è possibile, anche per le persone normali, non si può stare insieme ad un'altra persona ventiquattro ore su ventiquattro".*

## **L'INCONTRO FINALE**

Nell'ultimo incontro abbiamo raccolto le

impressioni di ciascun partecipante rispetto all'esperienza di gruppo che si stava per concludere. Nello specifico abbiamo chiesto che cosa ognuno di loro si "portava a casa" dopo questo tipo di esperienza; di seguito vengono riportate le parole dei partecipanti relative ad alcuni dei passaggi principali:

Maria: *"Mi ha dato fiducia trovare altre persone che ci aiutano in questo percorso che non sarà breve. Mi ha dato tranquillità parlare dell'importanza di avere cura di se stessi e di dosare le energie";*

Maria (II): *"Ora so a chi rivolgermi per delle necessità, per avere dei punti di riferimento, per farmi guidare rispetto a certe richieste";*

Ileana: *"Sentire qualcun altro che è più avanti di me, che ha già un'esperienza riguardo a questo tipo di problema, un malato in casa, mi fa sentire meno sola...subito si ha la sensazione che tutte le cattive cose capitano solo a me e invece a qualcuno è toccato prima di me...mi sento meno sola perché c'è qualcuno che ci è già passato e parlando di queste esperienze mi sento più preparata a quello che il futuro ci porterà, poi ci siete voi (rivolta agli operatori), ai quali ho chiesto aiuto per diversi motivi e ho ricevuto aiuto, quindi mi sento meno sola anche da questo punto di vista";*

Letizia: *"Mi ha fatto molto bene perché parlare di queste cose con la gente normale si fa fatica, la gente si stufa ad ascoltare... mentre chi condivide ha interesse ad ascoltare e soprattutto ti dà la sua esperienza e quindi hai anche dei riscontri; io ho trovato degli spunti per accettare il mio ruolo di "figlia cattiva"...Anche per capire come affrontare la malattia, io non sapevo bene come affrontare certi suoi comportamenti";*

Paola: *"È stato importante e bello parlare qua senza farsi scrupolo dei problemi".*

## RIFLESSIONI FINALI

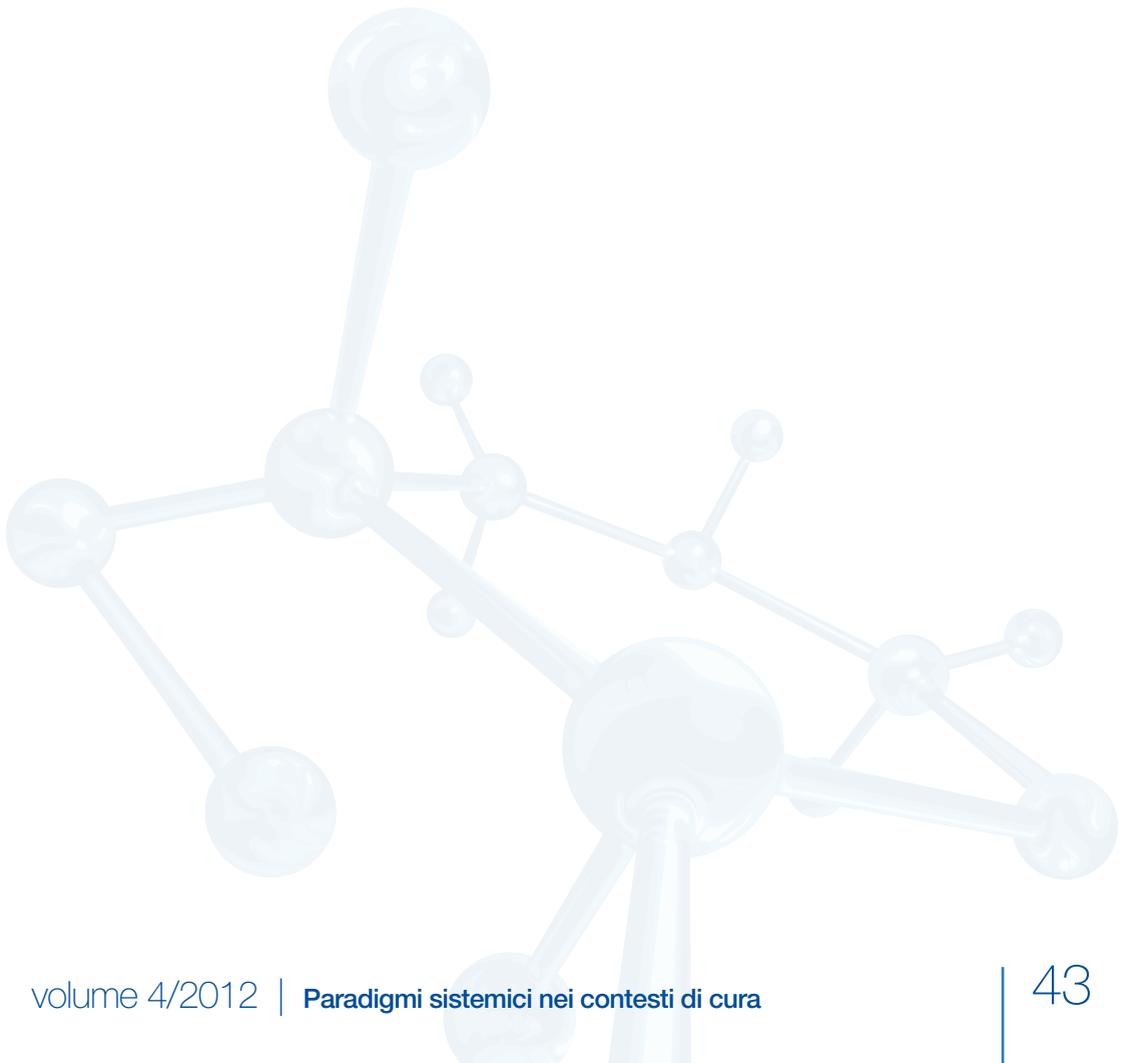
Rispetto all'esperienza di gruppo che abbiamo vissuto e raccontato è stato importante rifarsi ad uno stile di conduzione finalizzato a rendere protagoniste le storie di ciascun partecipante; ognuno ha contribuito, in momenti diversi della vita del gruppo, a raggiungere gli obiettivi prefissati narrando la propria storia e la propria esperienza con la consapevolezza che da queste storie ed esperienze era possibile trasmettere qualcosa di nuovo agli altri. Ci siamo così riferiti ad una visione di *leadership diffusa* in quanto ogni membro, raccontando la propria storia e mettendo a disposizione degli altri la propria esperienza, ha messo in atto comportamenti utili alla vita del gruppo; il nostro ruolo di conduttori ha avuto lo scopo di consentire a coloro che compongono il gruppo di *manifestare la propria "leadership"*. Sulla base di questa prospettiva, la leadership non è più intesa come una *"caratteristica vincente di un singolo ma un'area di responsabilizzazione per tutti i componenti del gruppo, chiamati ciascuno a mettere in atto dei comportamenti -di leadership- utili alla vita del gruppo stesso: l'aver leadership per i singoli risulta da questo punto di vista più importante rispetto all'aver un leader per il gruppo"* (Cortese,

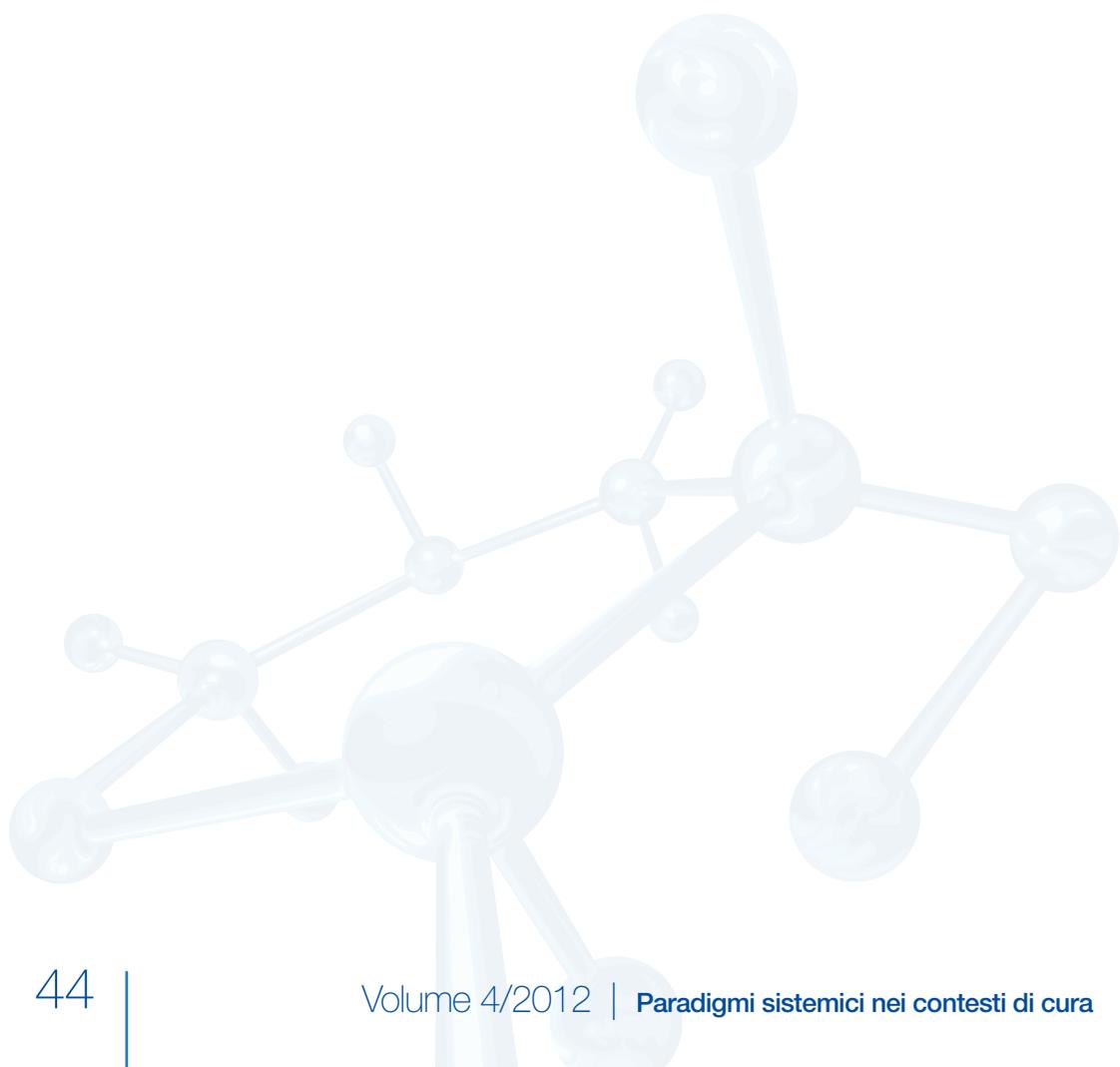
Garelli, Spagnolo, 2011; pag. 92). In qualità di conduttori, quindi, è stato importante assumere un atteggiamento "alla pari", non ci siamo mai poste nella relazione con gli altri avendo la presunzione di dare soluzioni per ogni problema presentato; abbiamo invece stimolato ognuno a raccontare le proprie vicende personali e questo ha consentito di offrire comunque spunti per affrontare i problemi in modo nuovo. I nostri interventi hanno avuto l'obiettivo di dare coesione e coerenza ai contenuti emersi.

Un altro aspetto a cui abbiamo prestato attenzione è stato il clima affettivo all'interno del gruppo; siamo riuscite a far emergere contenuti ma anche emozioni; è stato importante non separare "la razionalità" dagli "affetti"; questo clima attento anche agli aspetti emotivi ha creato i presupposti affinché il *gruppo potesse pensare* e quindi lavorare per gli obiettivi che ci eravamo prefissati. In futuro sarà sicuramente interessante l'analisi dei dati raccolti con gli strumenti che abbiamo somministrato e che verranno somministrati anche in occasione degli interventi che saranno organizzati in futuro, in particolar modo si potrà verificare l'impatto dell'intervento con la metodica del gruppo di sostegno sul benessere e lo stress percepito dai caregivers.

## Bibliografia

- Andersen, H., Goolishian, H. (1992). I sistemi umani come sistemi linguistici. Implicazioni per una teoria clinica. In *Connessioni*, 2, 1-29.
- Baldascini, L. (2012). *La psicoterapia sistemica relazionale con il gruppo*. Rintracciato il 20 ottobre 2012 su [http://www.lprnapoli.it/pdf/psicoterapia/pcioterapia\\_gruppo.pdf](http://www.lprnapoli.it/pdf/psicoterapia/pcioterapia_gruppo.pdf)
- Cortese, G. C., Garelli, P., Spagnolo, R. (2011). *Meno leader, più leadership*. In *Animazione sociale* 250, 89-101.
- Goldberg, D. P., Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Goolishian, H., Andersen, H. (1987). *Language system and therapy, an evolving idea*. In *Psychotherapy*, vol. 24, 35.
- Quaglino, G.P., Casagrande, S., Castellano, A. (1992). *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Telfener, U. (1992). *La terapia come narrazione, un'introduzione*. In M. White (a cura di), *La terapia come narrazione (7-27)*. Roma: Astrolabio.
- Vigorelli, P. (2004). *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*. Milano: Franco Angeli.
- Vittadini, G., Giorgi, I. (1996). Dalla cibernetica dell'io all'approccio ecologico: alcolismo e servizi nell'ottica sistemica. In *Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS Pavia, I documenti* (10).
- Zarit, S.H., Reever, K., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: Correlates of feelings of burden. In *Gerontologist*, 20: 649-655.





# La presa in carico della famiglia dei pazienti in percorso predialisi

Silvia Galletta\*

## Sommario

La presa in carico del paziente affetto da malattia cronica IRC (Insufficienza Renale Cronica) interessa un'équipe multidisciplinare, che cerca di integrare gli aspetti bio-psico-sociali del paziente. Nasce l'esigenza di costruire un progetto che si prenda carico del paziente e della sua famiglia ancor prima che venga iniziato il percorso di cura della malattia. È noto che quando la fase di predialisi viene gestita male, la riabilitazione del paziente può diventare più difficile. La non accettazione della cura dialitica può portare a un non adattamento alla dialisi con conseguente ritiro da questa e quindi ad un peggioramento della qualità di vita. Per questo motivo, nasce il percorso predialisi all'interno dell'Ausl di Parma, presso l'unità operativa di Nefrologia. Le figure coinvolte riguardano il nefrologo che aiuta il paziente a scegliere la strategia terapeutica più adatta, il che significa che il medico lascia al paziente la responsabilità di scegliere il trattamento dialitico. Le opzioni offerte sono l'emodialisi e la dialisi peritoneale. Sono previsti tre incontri: 1) il paziente viene informato sulle due modalità dialitiche, al fine di coinvolgere il paziente e/o la sua famiglia nella scelta e di renderlo responsabile della cura; 2) informare ed educare il paziente operativamente sulle metodiche dialitiche; 3) chiarire gli eventuali dubbi circa il trattamento e fornire un sostegno psico-emotivo rispetto alla malattia e alle emozioni connesse a questa. Il percorso predialisi prevede un incontro tra tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura del paziente (nefrologi, infermieri, psicologo), per scambiare informazioni utili, permettendo così una condivisione, una presa di coscienza e responsabilità da parte del paziente e della sua famiglia rispetto al processo di cura.

**Parole chiave:** Percorso predialisi, Équipe multidisciplinare, Famiglia; Malattia, Cura, Presa in carico

## Summary

*Taking charge of the patient with chronic disease CRF (Chronic Renal Failure) involves a multidisciplinary team that seeks to integrate the bio-psycho-social patient. Comes the need to build a project that takes care of the patient and his family even before it is started on the path of personal care. It is known that when the predialysis phase is poorly managed, the rehabilitation of the patient can become more difficult. The non-acceptance of dialysis care can lead to a non-adaptation to dialysis with subsequent withdrawal from this and then to a deterioration in the quality of life. For this reason, the path is born*

\*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

*in predialysis dell'Ausl of Parma, at the operating unit of Nephrology. The figures involved relate to the nephrologist that helps the patient to choose the most appropriate therapeutic strategy, which means that the doctor gives the patient the responsibility to choose the dialysis treatment. The stock options are hemodialysis and peritoneal dialysis. There will be three meetings: 1) the patient is informed about the two modes dialysis, in order to involve the patient and / or his family in the selection and accountability of care, 2) inform and educate the patient on dialysis methods operatively, 3) to clarify any questions about the processing and provide psycho-emotional than the disease and the emotions connected to this. The path predialysis provides a meeting between all those involved in the process of patient care (nephrologists, nurses, psychologist) to exchange information, thus allowing for sharing, awareness and responsibility on the part of the patient and his family than the care process.*

**Key words:** *Predialysis path, Multidisciplinary team, Family, Illness, Care, Taking Charge*

*\*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata*

## INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce da un progetto iniziato durante il primo anno di scuola, insieme a tre colleghe con le quali abbiamo condiviso uno stesso quesito: la famiglia multiproblematica, quale sistema da prendere in considerazione?

Dopo aver esplorato una parte teorica che integrava alcuni aspetti della vita delle relazioni familiari come: linguaggio, comunicazione, tempi della famiglia, patto di coppia e problematiche di dipendenza patologica dei figli; quest'anno la teoria ha incontrato la pratica clinica, attraverso la quale mi sono trovata di fronte a delle realtà che in qualche

modo traducevano in concreto gli aspetti trattati dalla teoria.

La multi-problematicità interviene ogni volta che un membro del sistema familiare è coinvolto in una situazione di disagio, pericolo, evento o malattia che coinvolge inevitabilmente tutto il sistema, che deve continuamente rinegoziare e ritrovare un equilibrio necessario al mantenimento dell'omeostasi interna del sistema stesso.

Mi sembra necessario delimitare il contesto nel quale ho fatto esperienza e dove mi sono confrontata con diverse figure professionali e storie familiari. Il contesto è quello ospedaliero, AUSL di Parma, Unità operativa di nefrologia, struttura complessa e articolata, dove ho potuto osservare sia il lavoro d'équipe, sia i pazienti e le loro famiglie in diverse fasi della malattia renale cronica e del loro percorso di cura.

All'interno dell'unità operativa di nefrologia viene gestito, dal personale afferente all'ambulatorio di dialisi peritoneale, un percorso di predialisi, che coinvolge un medico nefrologo e cinque infermiere che si dedicano con impegno, a portare avanti questo progetto, necessario alla preparazione e all'accompagnamento del paziente nefropatico verso il trattamento dialitico. Il medico nefrologo, cerca da anni di includere la figura dello psicologo nell'équipe predialisi, consapevole dell'importanza di considerare il paziente da più punti di vista e fattori bio-psico-sociali.

## IL RENE ARTIFICIALE

La dialisi è definita come la terapia sostitutiva della funzionalità renale, che consiste in un processo fisico-chimico, per cui alcune molecole disciolte nel sangue, passano a un mezzo liquido, detto bagno di dialisi, attraverso una membrana semipermeabile. Esistono due metodiche dialitiche: l'emodia-

lisi e la dialisi peritoneale. Nell'emodialisi tale membrana semipermeabile è costituita da un filtro esterno (macchina della dialisi), dove affluisce il sangue, che attraverso un complesso meccanismo di filtri e sottilissimi capillari porosi, è privato dalle sostanze nocive e rimesso in circolo, attraverso una fistola. Questa dialisi viene effettuata in ospedale 3/4 volte la settimana per un tempo che va dalle tre alle quattro ore a seduta. La dialisi peritoneale, invece, utilizza un filtro naturale che è il peritoneo, membrana che riveste le pareti dello stomaco, attraverso un catetere inserito nell'addome, viene infuso il bagno di dialisi, che permette all'organismo di purificarsi al suo interno. Tale tipo di trattamento può essere fatto a casa, e permette al paziente di non recarsi in ospedale, ed essere così meno dipendente dal contesto ospedaliero. Nella malattia renale la funzione del rene viene progressivamente danneggiata e qualche volta senza dare disturbi. Quando i reni non funzionano più a sufficienza, i trattamenti sostitutivi sono appunto la dialisi e il trapianto di rene.

Questo però è quello che si legge sui libri o che viene comunicato dal medico al paziente, sembrando semplice e meccanico. Proviamo a leggerlo dal punto di vista del paziente.

Per un momento immaginiamo il paziente ricevere la notizia che la malattia sta deteriorando la sua funzione renale e che da lì a poco dovrà iniziare il trattamento dialitico, come potrebbe reinterpretare tale definizione: "Dovrò stare sdraiato su un letto, rimanere fermo per 3-4 ore, così che la dialisi permetterà al mio corpo tramite la macchina di purificare il mio sangue, attraverso un macchinario ultra-sofisticato". "Questo macchinario sarà il mio rene, la mia sopravvivenza dipenderà e sarà legata imprescindibilmente

dal suo funzionamento. Fino a quando non riuscirò a fare il trapianto di rene, sempre che vada bene".

Le prime reazioni potranno essere di smarrimento, paura, incertezza: il paziente dovrà scegliere il trattamento dialitico, la dove possibile, in piena libertà, comincerà a chiedersi: "Sarò in grado di farlo a casa da solo, o sarà meglio affidarmi agli operatori sanitari?"; "la dialisi mi limiterà tanto da rischiare di perdere il lavoro?"; "sarò ancora in grado di fare la mamma/papà, avrò le forze per continuare a gestire la mia vita?"; "a quante cose dovrò rinunciare, viaggi, cene con gli amici, intimità, ecc.", in queste prime fasi l'incertezza sembra essere il fattore più destrutturante.

In questi momenti nasce la necessità di pensare all'équipe curante come un gruppo allargato di riferimento sia per il paziente che per la sua famiglia. La possibilità che il paziente possa raggiungere un buon adattamento alla nuova situazione, passa attraverso la possibilità di comprendere ciò che sta accadendo.

In quest'ottica diventa necessario pensare alla famiglia come una risorsa preziosa, intesa come "soggetto narrante", partecipe della storia della persona, che racconta sentimenti e decisioni nel divenire del lutto o che si coinvolge come compagno di viaggio nella malattia cronica e nei cambiamenti che la cura comporta (Zoncheddu, 2012).

## **IL PERCORSO PRE-DIALISI**

Il percorso del predialisi nasce con l'intento di accompagnare il paziente e la sua famiglia lungo questo difficile percorso di malattia e della sua cura, permettendogli di essere informati sul tipo di trattamento dialitico più efficace e più integrabile nella vita del paziente. Ovviamente non tutti hanno la "fortuna" di avere il tempo per accettare la situazione.

In dialisi si può anche entrare d'urgenza.

Il percorso predialisi è così strutturato e prevede tre incontri:

- Primo incontro: sono presenti il medico nefrologo e lo psicologo. Il medico discute insieme al paziente e ai familiari, dove presenti, delle condizioni di salute, confermando che la cura dialitica è l'unico mezzo per la sopravvivenza del paziente. Si procede a una raccolta anamnestica dei dati personali del paziente. Viene spiegato il percorso predialisi, il perché è importante parteciparvi, vengono presentate tutte le figure con cui il paziente dovrà interfacciarsi.
- Secondo incontro è dimostrativo: viene condotto da un'infermiera che presenta le metodiche dialitiche ai pazienti e ai familiari in gruppo, raccogliendo dubbi e perplessità.
- Terzo incontro: sono presenti il medico e lo psicologo, che valutano il grado di comprensione del percorso, il grado di consapevolezza circa lo stato di salute e le modalità di cura presentate. Il medico risponde in genere a tutti i dubbi emersi durante i vari incontri. Lo psicologo offre uno spazio psicologico al paziente e alla famiglia, che diventa uno spazio per pensare, per esprimere emozioni difficili, dolorose, a volte ambivalenti che possono essere verosimilmente reattive a tematiche come quelle della perdita, dell'accettazione/rifiuto della malattia e del congiunto ammalato, del riconoscimento dei propri bisogni e della reale possibilità di accudimento.

La dialisi salva milioni di persone, e da tempo è accresciuta la consapevolezza da parte degli operatori sanitari di come la malattia incida sulla vita dei pazienti. Nasce così l'importanza di non considerare il tempo assoluto di sopravvivenza, ma anche la

qualità di tale sopravvivenza. La definizione di "qualità della vita" (QdV) abbraccia non solo gli aspetti correlati alla salute fisica, ma anche ad aspetti che vengono messi in risalto dalla definizione proposta dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) secondo la quale la salute è qualcosa di più della presenza/assenza di malattia, perché ingloba concetti di funzionalità e benessere in aspetti fisici, psicologici, affettivi e sociali. La QdV legata alla salute comprende concetti fondamentali come la multidimensionalità, la soggettività, il legame con la medicina e i trattamenti, e la necessità di misurazione tramite le informazioni e le valutazioni riportate dai pazienti (Paris, 2008). L'importanza di questo lavoro d'équipe nel percorso predialisi cerca di dare sia al paziente sia alla sua famiglia un "luogo" in cui portare dubbi, paure e perplessità rispetto al trattamento di cura che modificherà le loro vite. Importanti sono i concetti di adattamento e compliance, poiché la malattia renale, in quanto cronica, comporta numerose rinunce e un monitoraggio periodico del proprio stato di salute. Un non adattamento e una scarsa compliance portano il paziente, una volta iniziato il trattamento dialitico, a un possibile peggioramento delle prestazioni fisiche, della vita sociale, dell'attività sessuale e del dolore, quindi ad un peggioramento della sua "QdV". La possibilità che i pazienti raggiungano un adattamento alla nuova situazione, passa attraverso un percorso che permette loro e alle famiglie di avere la possibilità di comprendere quello che sta accadendo, di poter essere aiutati e supportati attraverso programmi educazionali strutturati, così da poter riorganizzare la loro vita futura (Paris, 2008). Tale percorso permette al paziente e alla sua famiglia di non essere lasciati da soli, di condividere le proprie attese e paure,

di essere sostenuti nel processo di accettazione e adattamento, di acquisire competenza, autonomia e collaborazione con i curanti nella gestione della malattia e della cura. Si chiede al paziente, dove vi sia la possibilità, di essere accompagnato da un familiare (figli, partner, genitori), durante tutto il percorso predialitico, consapevoli del fatto che il supporto familiare è fondamentale per un adattamento alla dialisi a lungo termine. La presenza di un familiare permette di valutare il grado di consapevolezza che questi hanno circa la malattia del paziente e dei cambiamenti futuri e inevitabili che il trattamento dialitico comporta. I pazienti in predialisi e le loro famiglie devono essere messi in condizioni di poter riorganizzare le loro vite prima dell'inizio della dialisi: quale trattamento scegliere (emodialisi o peritoneale); il trasporto; lo spazio in casa; la presenza o meno di un partner che assista il paziente. Il lavoro dell'équipe è mirato a ridurre le fonti di stress, migliorare lo stile di vita del paziente, alleviare l'ansia, cercare di aumentare la consapevolezza rispetto allo stato di salute per permettere al paziente di aumentare il grado di compliance alla cura necessario per mantenere una buona qualità di vita (Alberghini, Gambirasio, Sarcina, Biazzi, Ferrario, Corghi, Baragetti, Buzzi, Visciano, Terraneo, Santagostino, Pozzi, 2011).

Rolland (1990) sostiene che la minaccia di una perdita dovuta a una malattia cronica invalidante o terminale agisce con modi simili a quelli di una perdita reale e modifica le richieste del ciclo di vita. Pauline Boss (1991) elabora il concetto di "perdite ambigue", riferendosi a quell'area che coinvolge gli stati luttuosi in assenza di una perdita definitiva. Si tratta di "lutti congelati" difficilmente rielaborabili in maniera compiuta e destinati a durare nel tempo se non affrontati, a causa

della dimensione di ambiguità che coinvolge l'oggetto della perdita risultante dal contrasto tra elementi cognitivi ed emotivi.

La perdita della condizione di salute del paziente cronico non può essere pensata come una "perdita individuale", ma necessariamente tale cambiamento ricade anche sulla famiglia, dove la socialità e la relazionalità permettono lo sviluppo di risorse di sostegno e riparative per il paziente (Andolfi, D'Elia, 2007).

Il buon adattamento alla dialisi è frutto non solo del recupero di un sufficiente benessere fisico ma anche di una efficace integrazione familiare e sociale.

## LAVORO D'EQUIPE

Lavorare all'interno di un servizio ospedaliero ti mette inevitabilmente a confronto con diverse figure professionali. La multidisciplinarietà richiede un inevitabile lavoro di complessificazione, ogni elemento deve trovare la possibilità di intrecciarsi e spingere gli operatori ad avere una visione globale delle persone. Nella globalità non può essere esclusa la famiglia di cui l'individuo fa parte, la modificazione dello stato di salute, porta cambiamenti nella percezione sia del paziente sia della famiglia. Tutto il sistema ne è coinvolto, tempi, ruoli, emozioni si modificano, e almeno nei primi momenti il sistema si concentra sulla condizione di malattia che rende il soggetto più vulnerabile.

L'équipe del progetto predialisi, è composta di cinque infermiere, da un medico nefrologo, e da una psicologa in via sperimentale. In tutte le prime visite in cui sono stata presente, mi ha sempre colpito l'espressione di paura e disorientamento dei pazienti, e dei familiari, dove presenti, alla notizia che i valori di creatinina (valore che stabilisce il grado di funzionamento renale) cominciano

a essere sopra un certo valore soglia (più di 5), che determina poi l'inizio del trattamento dialitico. È come se realizzassero in quel preciso momento che il tanto temuto trattamento dialitico è vicino, sperimentando così sentimenti di perdita di una condizione di salute, che fino a quel momento conservavano ancora. Da parte degli operatori è difficile riuscire a trasmettere una forma di accettazione positiva necessaria per mantenere un livello di compliance ottimale così da mantenere una buona qualità di vita.

Raccolte le informazioni necessarie durante la prima visita si cerca di trovare un tipo di sostegno utile per quel paziente, e dove necessario iniziare un percorso di sostegno psicologico per il paziente e la famiglia.

Il secondo incontro permette di educare e formare operativamente il paziente e i familiari e sulle metodiche dialitiche. L'assetto di gruppo facilita la condivisione e il circolare di dubbi e domande.

Nel terzo e ultimo incontro si accolgono i dubbi, che in questa fase di disorientamento cominciano a essere numerosi. Il paziente dovrebbe avere un'idea di quale metodica dialitica potrebbe essere più efficace e integrabile nella sua vita, salvo che non vi siano indicazioni mediche che obblighino il paziente a scegliere una metodica precisa. L'emodialisi così come la dialisi peritoneale non possono essere considerate terapie da subire passivamente, occorre la partecipazione della persona, attraverso l'assunzione di responsabilità nella gestione della sua cura nella vita quotidiana.

## **UNO SGUARDO DA DENTRO**

Mi sono interrogata su quali potevano essere i vissuti condivisi dei pazienti affetti da IRC. I contenuti che ho riscontrato condivisibili riguardano: paura, sconforto, incertezza

per il futuro, paura per la perdita della salute, della libertà di muoversi, lavorare, viaggiare, mangiare e bere, sconforto per paura di non farcela, di non essere in grado di sopportare la perdita (lutto) di autonomia e vitalità. La certezza di sapere che questo trattamento durerà tutta la loro vita, salvo che non ricevano un trapianto di rene. Consapevolezza che di certo non facilita l'idea di perdere uno stato di benessere fino a quel momento posseduto.

Un paziente trapiantato dopo quindici anni di dialisi mi disse "ormai ero come una candela consumata, la mia fiammella era debole". "Adesso che ho ricevuto il trapianto, devo riuscire a sentirmi libero dalla dialisi". Il post-trapianto meriterebbe una trattazione a parte, la malattia nefropatica porta numerosi sconvolgimenti e un riadattamento continuo.

La dialisi porta tanti sconvolgimenti fisici, si deve seguire una dieta povera di liquidi e di alimenti che contengono alcune sostanze come il sodio, potassio, fosforo, etc., la quantità di liquido giornaliera consentita è di mezzo litro, una bottiglietta, i farmaci che si assumono e la dialisi stessa porta a un calo del desiderio e della prestazione sessuale. La prospettiva del paziente in predialisi non può che essere quella dello scoraggiamento poiché si proietta in un futuro fatto di rinunce e incertezze.

Un'altra paziente mi ripeteva spesso "la mia paura più grande è quella di non poter più viaggiare, di dover essere schiava della macchina di dialisi, io che sono una viaggiatrice instancabile".

La paura di vedersi e sentirsi in un modo e trasformarsi nel suo contrario: "Un falco libero messo in gabbia"; "Un vulcano attivo e vitale, diventare spento, senza vita"; "Una montagna che sostiene in una terra arida";

“Un esploratore messo in una prigione”; “Un punto di riferimento che diventa un peso”; etc. Attraverso l’uso delle immagini metaforiche i pazienti mi raccontavano le loro paure, e di come queste paure portassero a sperimentare una condizione di disagio e sofferenza.

Pazienti trapiantati riportano la mancanza di piccole abitudini che per noi sono così scontate, una paziente dopo aver ricevuto il trapianto di rene ancora in degenza, dopo dieci anni di dialisi, mi disse “la prima cosa che farò arrivata a casa sarà mangiarmi una fetta d’anguria e bermi un litro d’acqua, io amo l’anguria”. In quel momento tale affermazione mi fece sorridere, ma mi sono resa conto della fatica che comporta questa malattia e di tutte le rinunce che devono affrontare dalle più semplici alle più complesse.

Il paziente in predialisi che comincia ad accusare i primi sintomi come stanchezza, affaticamento, che però non danno ragione della necessità di dover iniziare la dialisi non si sente malato e spesso sono i familiari che lo rendono tale.

Un paziente venuto alla prima seduta di consulenza con la moglie mi disse riferendosi a lei e ai figli “loro mi trattano da malato, mi sento un sorvegliato speciale in casa”, oppure un’altra paziente “mi sento infastidita dallo sguardo di mio marito che mi tratta già come se fossi malata”.

Ho pensato al bisogno di normalità che questi pazienti hanno per non modificare completamente l’immagine di sé, per riuscire a mantenere un’omeostasi interna necessaria per non diventare passivi e senza prospettive.

Il dolore per la perdita scatena emozioni potenti, come quelle legate alla colpa e alla rabbia.

I sentimenti di rabbia sono riconducibili al bi-

sogno di rispondere alla domanda “perché proprio a me?”, dove la condizione d’incertezza innesca una reazione di sentimenti di colpa e impotenza, “non posso cambiare la situazione”.

Il paziente con insufficienza renale avanzata comprende di soffrire di una malattia cronica cui progressivamente negli anni si è adeguato con rassegnazione, ma adesso deve fare fronte al passaggio alla dialisi. Questo passaggio segna un disequilibrio rilevante rispetto allo stile di vita precedente per i cambiamenti e le limitazioni imposte.

I fattori di stress associati a una condizione d’insufficienza renale avanzata con la prospettiva del trattamento dialitico possono essere: l’alimentazione e le sue restrizioni associate alla dieta ipoproteica e le conoscenze necessarie delle caratteristiche dei nutrimenti; le limitazioni funzionali; la possibile perdita dell’impiego; la perdita del ruolo; cambiamenti a livello dell’attività sessuale; gli effetti della malattia; gli effetti collaterali delle terapie; paura della morte.

La concomitanza di questi fattori sembra incidere sullo sviluppo di un quadro depressivo o incrementare il rischio, esacerbando un quadro clinico già preesistente. Sulla base di osservazioni cliniche, ma non di studi sistematici, i disturbi depressivi sembrano essere i più comuni nei pazienti con insufficienza renale cronica e poi nel trattamento dialitico. Le difficoltà legate alla diagnosi di depressione hanno motivazioni individuali anche nelle caratteristiche cliniche associate all’insufficienza renale cronica.

Il quadro clinico che accompagna l’insufficienza renale comprende: astenia, esauribilità allo sforzo, deficit mnestici e di concentrazione, sonnolenza, riduzione dell’appetito, nausea e vomito, prurito, parestesie agli arti inferiori, sintomi che per molti aspetti sono

sovrapponibili ai disturbi dell'umore di tipo depressivo. L'istaurarsi di un disturbo di tipo depressivo associato alla cronicità della malattia fisica può avere un impatto rilevante rispetto al trattamento medico.

La mancanza di un supporto psicologico in questi pazienti potrebbe tradursi nella "non aderenza" alla terapia medica.

L'intervento psicologico nel contesto ospedaliero dovrebbe muoversi a più livelli: da una parte nella relazione con il paziente e dei suoi familiari coinvolti indirettamente nel processo di cura, dall'altra con gli operatori sanitari, così da poter diversificare le tipologie d'intervento.

Le modalità d'intervento psicologico con il paziente nefropatico dovrebbero prevedere un intervento psicoeducativo che spinge a favorire i comportamenti di self-care (comportamenti attivati dal paziente per incrementare la propria salute), e strategie di coping e interventi sul paziente, sul suo stato ansioso o depressivo che può instaurarsi nel corso della malattia.

La pianificazione dell'intervento psicologico deve comprendere anche la presa in carico dei familiari dei pazienti in trattamento dialitico coinvolti in modo rilevante nel processo di cura del loro congiunto (Caselli, Antonelli, Ragaiolo, 2007).

## CONCLUSIONI

In questo lavoro ho cercato di descrivere la mia giovane esperienza clinica nel contesto ospedaliero. Questo primo tentativo di descrivere il lavoro clinico inserito nel percorso pre-dialisi, mi ha permesso di affrontare quelli che secondo me sono gli aspetti salienti della malattia cronica, di quello che significa per

il paziente e per la sua famiglia e di quanto importante sia una presa in carico completa di tutto il sistema.

Il terapeuta sistemico in questo tipo di contesto può gettare un ponte tale da connettere il sistema famiglia con l'Istituzione.

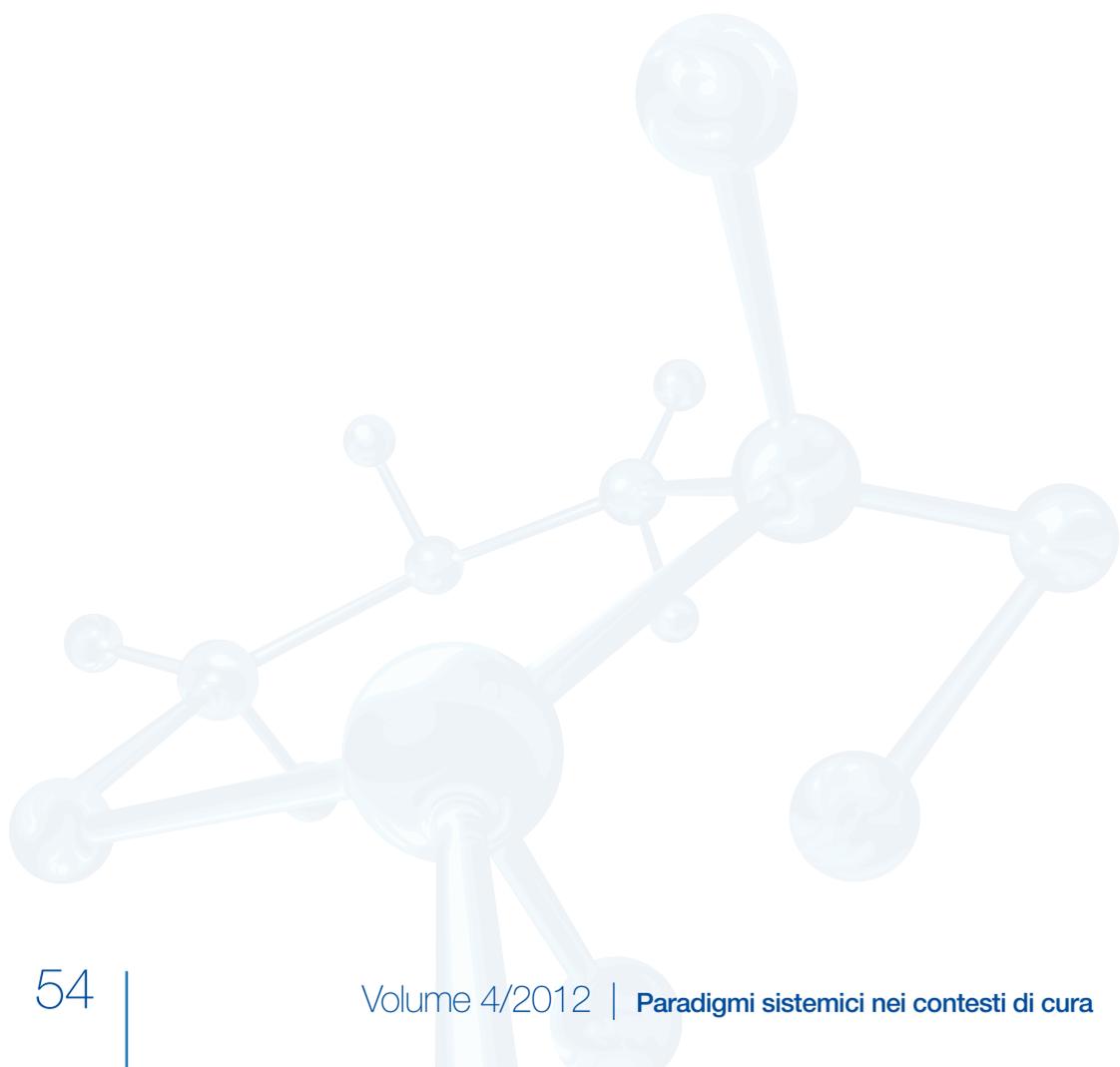
L'idea è di riuscire a creare uno spazio di presa in carico che permetta al paziente di sentirsi integrato e partecipe del suo processo di cura; un luogo dove possa affrontare paure, dolore, rabbia, ecc. La relazione interdipendente che s'instaura tra équipe curante e persona assistita è una relazione d'aiuto, che si costruisce e si modifica, nelle diverse fasi della malattia. In quest'ottica l'équipe può essere pensata come un fattore protettivo, in cui la relazione con il paziente viene permeata da vissuti emotivi, stati psicologici, cambiamenti percettivi dell'immagine di sé, rotture dell'integrità fisica e disequilibrio psico-fisico. Diventa chiaro che non basta intervenire soltanto sulla malattia, ma occorre comprendere il significato che questa assume per il paziente, e di come sostenerlo nel percorso di accettazione della sua condizione clinica. Ho fatto esperienza diretta dell'importanza di pensare a un'istituzione che permette la coesistenza di una rete di cura complessa, multidisciplinare e integrata. Un'Istituzione consapevole dell'importanza che la presa in carico del sistema debba necessariamente rientrare in un'ottica di miglioramento della QdV, in cui s'integrano aspetti bio-psicosociali.

La mia esperienza s'inserisce in un'ottica di work in progress che possa svilupparsi di anno in anno, che racchiuda in se sia l'aspetto della clinica che della ricerca.

## Bibliografia

- Alberghini, E., Gambirasio, M. C., Sarcina. C., Biazzi, C., Ferrario. F., Corghi. E., Baragetti, I., Buzzi, L., Visciano, B., Terraneo V., Santagostino, G., Pozzi, C. (2001). *L'ambiguità del concetto di predialisi: Proposta di un modello*. Giornale Italiano di Nefrologia, anno 28 n. 5, pp. 541-550.
- Andolfi, M., D'Elia, A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boss, P. Loss. (1999). *Trauma end Resilience*. New York- London: Norton and Company.
- Caselli, A., Antonelli, M., Ragaio, M. (2012). *Aspetto psicologico e gestionale del predialisi*. Seminario Ante XV Corso Nazionale di aggiornamento tecniche emodialisi. Rintracciato il 21 ottobre 2012 su <http://www.ante.it/files/Seminari/Seminario%20Ante%20>
- Paris, V. (2008). *Il ruolo dell'educazione terapeutica nell'adattamento e qualità della vita del paziente nefropatico oggi*. Giornale Italiano di Nefrologia, anno 25 n.3, pp. 364-368.
- Rolland, J.S. (1990). *Anticipatory loss: A family systems developmental framework*. Family Process, 29, pp. 229-244.
- Zoncheddu, P. (2012). *Famiglia, équipe, Territorio: costruire nella complessità*. Roma: relazione al II° Convegno S.I.Psi.T.O. "La costruzione del setting nella psicologia dei trapianti".





# Oh Dio, fa che la morte mi trovi viva!!!

Francesca Bandirali, Elisa Eccher\*

## Sommario

In questo testo si è deciso di affrontare il tema della morte e la conseguente elaborazione del lutto, nella quotidianità e in psicoterapia. All'inizio lo si è approfondito da un punto di vista culturale, considerando in particolare le differenze tra la cultura orientale e l' occidentale, per poi passare a livello storico attraverso gli studi di alcuni autori di riferimento. Infine si è analizzato l'elaborazione del lutto nel bambino e nell'adulto considerando alcune tecniche che lo psicoterapeuta può utilizzare sia a livello individuale che gruppale.

## Parole chiave:

Tabù, Lutto, Morte, Elaborazione, Condivisione, Perdita, Consapevolezza

## Summary

*In this text, it was decided to address the issue of death and the ensuing mourning, in everyday life and in psychotherapy. At the beginning it has been deepened by a cultural point of view, especially considering the differences between Eastern culture and the Western, then move on to the historical level through the work of some authors of reference. Finally, we analyzed the grieving process in children and adults considering some techniques that the therapist can use both at the individual and group level..*

## Key words:

*Taboo, Mourning, Death, Processing, Sharing, Loss, Awareness*

\*1 anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

## PREMESSA

Abbiamo scelto di affrontare questa “inusuale” tematica, in quanto vediamo nella morte un argomento “tabù”, sia a livello sociale, nella quotidianità, sia nel nostro ambito professionale, dove le informazioni sono più frammentarie. Analizzando la letteratura stessa abbiamo da subito rilevato la scarsità di materiale a riguardo; pochi sono, infatti, gli autori che hanno “toccato” questo argomento ed ancora meno gli studi ad orientamento sistemico. Seppur incontrando queste difficoltà, non abbiamo mai perso né la curiosità nell’acquisire nuove informazioni ed aumentare la nostra consapevolezza, né tanto meno la voglia di proseguire in questo viaggio sulla strada della perdita andando ad approfondire il processo di elaborazione del lutto nei bambini e negli adulti. Riteniamo pertanto fondamentale, per noi stesse e per le future terapeute che diverremo, riportare alla coscienza questo tema, familiarizzare con questo evento ed imparare a perdere; non solo per trovare un significato ed una direzione alla costruzione della nostra vita, ma per poter essere pronte ad aiutare appieno chi ne ha bisogno, senza così trascurare un problema cruciale e senza incapere in errori diagnostici. Ci auspichiamo che questo elaborato possa fornirci i primi strumenti da utilizzare nella nostra “futura” pratica terapeutica.

*“Un’immagine della morte che, pur restando oscurata da profondi misteri e oppressa dal peso delle sofferenze crudeli delle separazioni cui ci costringe e delle miserie corporali che la accompagnano, ci permette nello stesso tempo di percepire con qualche evidenza ch’essa non è soltanto una fine ma ugualmente una nascita, che il suo scopo non è distruggerci interamente ma di trasformarci”* (Von Franz, 1997; Aurigemma, 1989).

## LA CULTURA DEL LUTTO

Il lutto viene spesso utilizzato per descrivere processi simili che formano i prototipi di ciò che accade quando si verifica un lutto vero. Queste rinunce naturali della vita sono fondamentali. L’uomo nella sua esistenza evolve attraverso l’universo dei lutti e fin dall’infanzia il bambino si sperimenta nell’apprendimento della perdita e della mancanza che prepara all’autonomia e forgia l’identità di una persona. Tutti i lutti successivi riattualizzeranno ciò che è andato “bene” o “male” quando si è affrontato il primo lutto della vita.

Le perdite della vita sono molteplici, possono verificarsi anche nella professione e tutte le persone sono costrette a confrontarvisi. Essere privati del lavoro, cambiarlo, o non averlo affatto, può sfociare in un periodo di crisi, di preoccupazione, di dubbio e addirittura di depressione. Molti momenti strutturali della propria esistenza altro non sono che perdite da affrontare: per esempio la metamorfosi dell’adolescenza nella quale si affronta il lutto dell’infanzia, i periodi chiave dell’età adulta, in cui le scelte di vita devono superare la prova del tempo. Esisterebbe quindi il lutto nel senso più stretto del termine, ovvero la perdita di una persona cara, e un lutto in senso lato che riguarda la gestione generale delle perdite cui si va incontro nel corso della vita.

### Le diversità del Rito da Est a Ovest

Nei Paesi orientali, i rituali della morte e le regole sociali legate al lutto hanno modalità comportamentali ben precise per i sopravvissuti, presentando, anche, codici restrittivi che riguardano la manifestazione delle emozioni. Per esempio nella cultura vietnamita-cattolica l’effigie del morto ha un ruolo importante: la sua fotografia viene deposta sulla bara in casa, quindi in chiesa, recata

dal primogenito (che può cedere ad altri il privilegio ma che di norma non si sottrae al compito) ed infine depositata di nuovo sul feretro. È ancora il primogenito a tenerla in mano davanti a sé, per tutta la durata del rito al cimitero. Alla fine della funzione la fotografia viene riposta sull'altare, che dovrebbe essere in casa del figlio maggiore insieme agli incensi ed a una candela, ma che comunque non può allontanarsi dal luogo di sepoltura del morto. Solo i bambini che non hanno compiuto il primo anno di vita non possono vedere il cadavere, per paura che il morto li porti via con sé. Quando poi la cassa viene interrata i figli scendono nella fossa e calpestando la terra sopra di essa prima che venga coperta completamente. Un turbante bianco cinge la testa dei familiari stretti del morto. Se un figlio muore prima dei genitori, viene seppellito con le fasce bianche al braccio che corrispondono ai genitori viventi (una o due se ci sono entrambi): è come se il figlio potesse piangere il lutto per i genitori quando moriranno. Un modo, questo, per mettere "ordine" nel corso naturale della vita in cui sono i figli a seppellire i morti e non viceversa.

A differenza, nella nostra società occidentale, manca una cultura della fine della vita che tenga conto del travaglio psicologico, spirituale, etico, relazionale che la morte e il lutto provocano nell'individuo, nonché del significato che questi eventi assumono nella trasmissione del sapere familiare e del patrimonio culturale, simbolico e morale. La morte ed il lutto sono stati quasi completamente sottratti ad ogni sacralità sia religiosa che laica: non più ritualizzati, né condivisi collettivamente, ma consumati il più rapidamente possibile e vissuti in genere in solitudine, come eventi strettamente individuali e privati. Se da un lato la scelta di comporta-

menti autonomi, scevri da ipocrisie e ripetitività, è da considerarsi una valenza positiva, dall'altro è venuta a mancare una modalità elaborativa che aiuta a contenere la paura e la minaccia di questi eventi radicali, a superarli con l'aiuto degli altri, sentendosi sostenuti da quei valori etici che i rituali condivisi rappresentano.

È persino subentrata una diffusa "intolleranza sociale all'espressione della tristezza e della disperazione", per cui chi soffre per la perdita di una persona significativa è molto meno sostenuto ed assistito di quanto avveniva in passato. Se pensiamo che fino alla prima metà del secolo scorso si moriva prevalentemente in casa e le persone amiche e i parenti avevano il compito sia di accompagnare il morente che di sostenere la famiglia, durante la malattia e nella fase del lutto, possiamo cogliere la profonda trasformazione avvenuta. L'avvicinarsi della morte era un evento sociale, sacro, trasformativo, religiosamente vissuto che obbligava a confrontarsi con l'inevitabilità del distacco ma insieme consentiva la condivisione e la trasmissione di valori e credenze. C'erano i messaggi da affidare al morente e l'attesa dei suoi insegnamenti, i famosi "testamenti di vita", che costituivano il passaggio delle consegne alle generazioni successive. C'erano riti comunitari che avevano un valore riconosciuto e alleggerivano il nucleo familiare: il viatico e l'estrema unzione, la vestizione, la veglia funebre, il pianto rituale, il corteo e il banchetto dopo il funerale, il lutto e il mezzo lutto nel vestirsi, le visite al cimitero, le messe di suffragio, il tempo stabilito dell'appartarsi e del reintegrarsi nella vita sociale. In tal modo bambini e adulti familiarizzavano con questi eventi temuti e minacciosi e la collettività e le famiglie, che in questi riti comunitari e religiosi si riconoscevano, si

sentivano confermate dall'acquisizione di un "patrimonio simbolico e relazionale" da trasmettere alle generazioni future e sostenute nel proseguire il cammino. Ci troviamo, dunque, di fronte a due livelli: quello della storia e quello dei sentimenti. Il primo è quello delle mutazioni che la manipolazione del lutto e del rapporto con la morte ha affrontato nel passaggio dalla modernità alla post-modernità. In questo passaggio, analogamente a quanto avvenuto nella transizione tra altre epoche, si possono apprezzare i rimaneggiamenti formali a cui sono stati sottoposti i "fondamentali" antropologici del rapporto con la morte. Come, cioè, le diverse forme della socialità della manipolazione simbolica, della rappresentazione culturale si sono modificate storicamente e gli effetti che tali cambiamenti hanno assunto nel rapporto tra l'uomo occidentale e la morte. Il secondo livello è quello degli slittamenti più profondi, degli scivolamenti meno visibili, dei mutamenti che non riguardano la sfera della consapevolezza e che contrassegnano altre modificazioni meno certe, linee di tendenza, indizi e segni che suggeriscono nuovi e non prevedibili scenari. Come abbiamo detto in precedenza vi è, infatti, una discrepanza tra i processi di simbolizzazione e il ritmo del "nuovo": la tendenza all'evitamento non solo cortocircuita il processo del lutto, ma ne può modificare in qualche modo i termini stessi e, se la sofferenza è sempre tale, la modalità e le possibilità stesse di esprimerla appaiono sottoposte a una revisione progressiva. Se da un lato si è posto l'accento sulla negazione della morte, sulle modalità con cui la cultura ha incentivato le difese individuali, in primo luogo quelle maniacali, dall'altro si è fatto strada un concetto nuovo, quello della "buona" morte: non affetta da residui di arcaismo, accettata come termine di un per-

corso individuale e tramite di un passaggio generazionale. Morire "bene" equivale a percepirsi in un più vasto ciclo naturale come entità transitoria ma significativa, in quanto sostenuta da affetti e che riconosce con responsabilità il proprio ruolo nei confronti di chi rimane e riceve un'eredità di valori e sentimenti. Si può concludere dicendo che i riti nelle culture del mondo sono diversi, le modalità cambiano nel tempo ma tutti sembrano dire un unico pensiero: alla persona che muore va garantito un luogo e un tempo "per proseguire la sua strada" perché la vita e la morte non sono realtà che si negano a vicenda, sono soltanto modi diversi in cui l'esistere si manifesta.

### **ENTRARE NELL'IGNOTO: LA MORTE**

Il primo studioso in psicologia che ha affrontato il tema della morte è stato Freud, il padre della psicoanalisi: seppur prendendo grandi precauzioni, afferma che l'inconscio ignora il negativo. Dice Freud (1915) *"In verità è impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte e ogni volta che cerchiamo di farlo continuiamo ad essere ancora presenti come spettatori (...)"* *"Possiamo affermare che non c'è nessuno che creda alla propria morte, o detto in altre parole, che nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità (...)"* *"non sarebbe preferibile restituire alla morte, nella realtà e nel nostro pensiero, il posto che le compete dando maggior rilievo a quel nostro atteggiamento inconscio di fronte alla morte che ci siamo finora sforzati di reprimere accuratamente?"* Freud in *Lutto e Melancolia* (1917) si occupa della natura della melancolia paragonandola all'effetto normale del lutto e dice: *"il lutto è di regola la reazione alla perdita di una persona amata o a quella di un'astrazione che ha sostituito la persona amata, come ad*

esempio il proprio paese, la libertà un ideale e così via dicendo”. “Sebbene il lutto comporti gravi deviazioni dell’atteggiamento normale verso la vita, non ci viene mai in mente di considerarlo come uno stato patologico che richiede un trattamento medico” (Freud, 1917).

Dal lutto, che comporta sempre un’identificazione con l’oggetto perduto, si esce soggettivamente attraverso un processo di elaborazione psichica che prevede una fase di diniego, in cui il soggetto rifiuta l’idea che la perdita abbia avuto luogo, uno stadio di accettazione in cui la perdita viene ammessa ed infine il distacco dall’oggetto perduto con il quale si ha il reinvestimento su altri oggetti della libido ad esso legata.

*“Si vis vitam, para mortem; se vuoi poter sopportare la vita, sii pronto ad accettare la morte”* (Freud, 1915).

Accettare di guardare in faccia la questione della morte ci consente di utilizzare tutte le nostre capacità creative: è esattamente il contrario della tendenza alla regressione del seno materno. Dopo Freud, un autore di rilievo che ha affrontato il tema della morte è Bowlby che nelle sue opere ha rielaborato le tesi freudiane a partire dal dato etologico dell’attaccamento del bambino alla madre e che, sulle basi di un solido terreno sperimentale, mira a porre in luce il legame tra costrutti inconsci e cognitivi.

*“Per la persona orbata di un affetto – egli dice – solo il ritorno della persona perduta potrebbe essere fonte di reale conforto. Qualsiasi nostro tentativo di consolazione viene visto quasi come una offesa”* (Bowlby, 1983).

Durante le sue ricerche fa una scoperta per lui molto significativa. Nel 1960 in “Grief and mourning in Infancy and Early childhood”, segnala per la prima volta *“le sorprendenti analogie tra reazioni alla perdita della madre dei*

*bambini in tenera età e reazioni degli adulti colpiti da un lutto”* (pag.26). Bowlby definisce il lutto come: *“una gamma molto ampia di processi psicologici consci ed inconsci istaurati dalla perdita di una persona amata, a prescindere dal risultato finale di tali processi”* (Bowlby, 1960).

Nel 1980 descrive le quattro fasi del lutto, partendo dal dolore inevitabile a causa della natura persistente e insaziabile della *ricerca della figura perduta*. Fa sua l’opinione di Freud in “Inibizione, sintomo e angoscia” (1925) secondo cui quando si pensa che la persona amata sia temporaneamente assente, la reazione è di angoscia. Quando appare permanentemente assente compare la tristezza, il dolore e il lutto. Dieci anni prima di Freud, Shand (1920) suggeriva che la paura presupponga la speranza. Solo quando stiamo lottando per migliorare una situazione siamo angosciati dall’idea di non riuscirci.

*“Così dite addio alla speranza, e con essa direte addio alla paura”* scriveva Milton J. (1667).

La prima fase di STORDIMENTO può durare da alcune ore a una settimana, da quando si riceve la notizia della perdita. Poco a poco la persona inizia a rendersi conto della realtà e passa alla seconda fase di RICERCA E STRUGGIMENTO per la persona persa, che può durare alcuni mesi, a volte anni. Predominano e si alternano il tentativo di convincimento che la morte sia avvenuta e l’impossibilità di crederci. Appare anche la collera, di solito rivolta a chi è considerato responsabile dell’evento, del quale può, a volte, essere responsabilizzata la stessa persona morta. L’essenza di questa fase è l’ansiosa ricerca della persona persa e solo quando si accetta che la perdita è permanente scompaiono la collera ed i rimproveri e subentra la

TRISTEZZA profonda senza via di scampo, passando alla terza fase di DISORGANIZZAZIONE E DISPERAZIONE; solo se si tollera il tormento emotivo si può, poco a poco, elaborare il lutto.

*“Dà voce alla sofferenza, il dolore che non parla imprigiona il cuore e lo fa schiantare”* diceva Shakespeare (1605) in Macbeth (atto IV, scena III).

Questa accettazione graduale della perdita permette di passare all'ultima fase, la quarta, di *RIDEFINIZIONE di sé stesso e della situazione*, che può durare uno, due o più anni. Ci sono modelli di comportamento, sentimento e pensiero condivisi con la persona morta che si perdono e se ne conservano alcuni che vanno dalle cose più banali e concrete fino a quelle più astratte e dureture come valori e mete condivise. Ci sono sogni vividi e sensazioni di presenza, così la persona scomparsa viene “ricollocata” emozionalmente nel mondo interno del superstiti, dando luogo ad un minor isolamento affettivo e sociale. Con la nascita della terapia familiare come disciplina complementare dell'approccio individuale, si è arricchito il campo di ricerca e intervento, incorporando osservazioni e concetti interrelazionali e sistemici. Un autore molto importante è M. Bowen (1979) che, nelle ricerche sulla sua “Family Systems Theory”, risalenti alla fine degli anni '50, include lo studio del comportamento della famiglia di fronte a un lutto e rimarca l'esistenza di un'onda d'urto emotiva, un fitto intreccio di contraccolpi sotterranei costituiti da eventi vitali gravi che possono prodursi ovunque nel sistema familiare esteso nei mesi o negli anni che seguono un evento di grave significato emotivo. Questo accade molto spesso in famiglie con un grado significativo di “fusione” emotiva negata, famiglie che sono state molto abili nel man-

tenere un equilibrio asintomatico nell'ambito del sistema. Per quanto riguarda gli studi sociologici e antropologici sulla morte bisogna aspettare fino agli anni Cinquanta, in cui si avverte un mutato atteggiamento anche in medicina. Tra la fine degli anni Sessanta e Settanta Elisabeth Kubler-Ross (medico psichiatra tanatologa di fama mondiale), è la prima autrice ad affrontare la perdita e il lutto non solo per l'aspetto dei funerali, cimiteri, lutto e suicidio, ma concentra l'attenzione sui mutamenti già allora evidenti delle condizioni in cui la morte e il morente vengono affrontati dagli specialisti della salute fisica e psicologica. L'autrice, pioniera dell'accompagnamento dei morenti, è famosa per il suo modello a cinque fasi, elaborato nel 1970; il quale rappresenta uno strumento che permette di capire le dinamiche mentali più frequenti della persona a cui è stata diagnosticata una malattia terminale, ma gli psicoterapeuti hanno constatato che esso è valido anche ogni volta che ci sia da elaborare un lutto solo affettivo e/o ideologico. Da sottolineare che si tratta di un modello a fasi, e non a stadi, per cui le fasi possono anche alternarsi, presentarsi più volte nel corso del tempo, con diversa intensità e senza un preciso ordine, dato che le emozioni non seguono regole particolari, ma come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte.

1. *Fase della negazione o del rifiuto*: questa fase è caratterizzata dal fatto che il paziente, usando come meccanismo di difesa il rigetto dell'esame di realtà, ritiene impossibile accettare l'inevitabilità dell'attuale realtà.

2. *Fase della rabbia*: dopo la negazione iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, Dio. È una fase molto

delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente. Essa rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé.

3. *Fase della contrattazione o del patteggiamento*: in questa fase la persona inizia a verificare cosa è in grado di fare ed in quali progetti può investire la speranza, iniziando una specie di negoziato che, a seconda dei valori personali, può essere instaurato sia con le persone che costituiscono la sfera relazione del paziente, sia con le figure religiose. In questa fase, la persona riprende il controllo della propria vita e cerca di riparare il riparabile. Il concetto di speranza per l'autrice è, infatti, di vitale importanza: se da un lato i pazienti possono conservare, finché ne hanno bisogno, la speranza che possa succedere qualcosa di imprevisto, che possano avere una remissione clinica o che possano vivere più a lungo del previsto, dall'altro, quando loro stessi sono pronti a morire, possono sentire come fonte di grande angoscia l'incapacità familiare di accettare questo fatto e il loro attaccarsi disperatamente alla speranza.

4. *Fase della depressione*: rappresenta un momento nel quale il paziente inizia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o che sta per subire e, di solito, si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta. Questa fase viene distinta in due tipi di depressione: una reattiva ed una preparatoria. La depressione reattiva è conseguente alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea, del proprio potere decisionale e delle proprie relazioni sociali sono andati persi. La depressione preparatoria ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subi-

re. La fase centrale di depressione legata al lutto, e che precede la sua risoluzione, può provocare una sensazione vertiginosa di perdita, ma è assolutamente necessaria. Il lutto è sofferenza: lo dice l'etimologia stessa della parola. Non si può evitare questo dolore ed il fatto stesso di provarla garantisce che l'elaborazione del lutto è in corso. Si tratta allora di "navigare" tra la troppa e la troppo poca sofferenza. Se il dolore ci invade completamente, significa che si sono risvegliate dentro di noi delle perdite precedenti, non completamente risolte, che formano una catena di lutti. Viceversa, provare poca sofferenza può voler dire che il dolore, al momento tenue, farà ritorno un giorno o l'altro, senza avvisare, sotto forma di "fantasmi".

5. *Fase dell'accettazione*: quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva ad un'accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere; durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata. La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione. L'accettazione consapevole è difficile da raggiungere. Per crescere e rinnovarsi è necessario imparare ad accettare il dolore e la sofferenza senza rimanere attaccati al passato ed *"abbandonare tante cose perché non possiamo amare qualcosa profondamente senza diventare vulnerabili una volta che la perdiamo. Non possiamo diventare persone autonome, persone responsabili, persone che stringono rapporti, persone che riflettono senza perdere qualcosa, senza abbandonare, senza lasciare andare via"* (J.Viorst, 1987).

Saper riconoscere le varie fasi del percorso verso la morte e sapere ascoltare ed accogliere sentimenti di rifiuto della realtà imminente, di rabbia per quelli che non devono affrontare la fine, di invidia per i sani e di tristezza al pensiero di dover lasciare tante persone e luoghi cari, è l'unico modo per essere veramente di aiuto a chi si accinge ad intraprendere un percorso che, nel migliore dei casi, lo porterà all'accettazione della morte. Tutte le reazioni descritte rientrano nella normalità del processo dell'elaborazione del lutto: non è la qualità dei vissuti ma la durata nel tempo e l'intensità che ne sottolineano la normalità e la patologia. Ogni persona *"tende a soffermarsi in determinate fasi del processo luttuoso in base ai suoi valori umani e religiosi, alle particolari circostanze della sua vita e alla pressione della realtà"* (Pangrazzi, 1995). Purtroppo non sempre e non per tutti è possibile il compimento del processo di elaborazione del lutto in senso positivo e trasformativo.

## **SOFFERENZA NEGATA E SOFFERENZA GRIDATA**

Nella cultura occidentale non c'è da meravigliarsi che, nella maggioranza dei casi, le persone in lutto che non sono sostenute da amici e parenti, non motivate o tenute a compiere i rituali collettivi di un tempo, cerchino di risolvere le cose da sé riprendendo il prima possibile i propri impegni e allontanando il confronto, il dolore, il dubbio e la sofferenza. La dimensione del tempo nel lutto viene in genere sottovalutata e spesso *"evacuata in ansiolitici e antidepressivi piuttosto che valutata fra gli importanti momenti della vita in cui, per non rischiare di rimanerne schiacciati, c'è bisogno di capire per poter accettare e in cui non si può capire senza potersi esprimere e confidare"* (Morasso, 2001).

Il lutto come travaglio psicologico e presa di coscienza dell'irrecuperabilità della perdita è un'esperienza psichica universale, che tutti incontrano nel corso dell'esistenza. Naturalmente viene vissuto in tempi e modi molto personali e differenti: alcune persone lo superano in breve tempo, altre portano il lutto nel loro cammino a ogni passo, altre soffrono di un danno duraturo per il loro stato mentale, sociale, spirituale, e altre ancora diventano più mature, più valide di prima ma tutte ne portano il ricordo. In qualsiasi modo il lutto sia sperimentato, espresso ed elaborato, la morte di una persona significativa genera delle difficoltà che scuotono profondamente, come un terremoto, a cui seguono le scosse di assestamento. Questa metafora descrive bene la profondità della perdita ed il peso dell'angoscia che fa vacillare ogni equilibrio all'esterno, dove le macerie sono più visibili e all'interno, dove le spaccature e le scosse si originano e sono più violente. L'immagine, inoltre, sottolinea la presenza di un processo: dall'acme dei sentimenti dolorosi dei primi tempi, alle successive "scosse di assestamento" fino ad un ritorno di uno stato di quiete. Al di fuori della patologia si deve quindi pensare a questo processo di elaborazione del lutto come a "un lavoro" psichico che inizia, si sviluppa e si conclude. L'attaccamento al passato si attenua a poco a poco e la vita riprende, colmando i vuoti con nuovi compiti e con nuove presenze. Mentre prima sembrava che il domani non sarebbe mai venuto, poi, quando finalmente viene, sembra impossibile aver sofferto e resistito così tanto (Colli, 1999). Sicuramente la durata è un elemento fondamentale. Un lutto troppo breve può creare maggiori difficoltà rispetto ad una lenta maturazione. Un periodo di lutto superiore ad un anno è considerato assolutamente normale ed

un soggetto che abbia perso una persona molto cara avrà spesso bisogno di molto più tempo per uscirne. La natura "patologica" di un lutto viene stabilita usando la stessa prudenza. Tutti i lutti comportano aspetti che una persona non coinvolta potrebbe giudicare patologica. La persona colpita da un lutto trascura e soffre i contatti sociali, ha disturbi alimentari, disturbi del sonno, lamenta affaticamento e altri problemi fisici; può provare emozioni dolorose e veementi, vivere fasi di collera, senso di colpa, ribellione e depressione. Tutti questi aspetti sono caratteristici di un dolore "normale". Il carattere patologico di un lutto sta nell'intensità e nella durata di queste fasi, non può essere valutato in modo definitivo. C'è un controsenso nel nostro sistema culturale, che da un lato *"valorizza l'autonomia, l'indipendenza, la responsabilità e la partecipazione attiva dei bambini, ma dall'altro li esclude e li protegge in modo rigido e autoritario dal fare esperienza del lato oscuro della vita e quindi dal confronto con i dolori, le frustrazioni, i lutti e i limiti dell'esistenza"* (Morelli, 2006, pag 3).

Purtroppo non possiamo evitare di far sperimentare ai bambini il dolore della perdita e gli inevitabili cambiamenti e le complicazioni che intervengono con l'assenza definitiva di una persona cara. Cosa influenza maggiormente la capacità dei bambini di affrontare l'esperienza: la preparazione graduale alla perdita o il silenzio? La partecipazione nell'accompagnamento della persona che sta morendo e la condivisione dell'esperienza della sofferenza con gli altri familiari o la loro esclusione? Fino a tempi abbastanza recenti si pensava che i bambini non fossero particolarmente toccati dall'esperienza del lutto, ma numerose ricerche (Arenes, 1998) hanno mostrato che soffrono per la morte di una persona significativa della loro vita e

sperimentano emozioni e stati d'animo simili agli adulti, anche se non sanno esprimere con le parole ciò che sentono. È stato rilevato in diversi studi che a partire dai 6 anni, i bambini distinguono la morte dal sonno, ma la morte non appare loro come un evento assolutamente irreversibile e universale. A 7 anni il bambino capisce in genere che la persona deceduta è "insensibile"; il concetto di irreversibilità della morte si fa più chiaro. Verso gli 8 anni il concetto di morte si amplia: il bambino comincia ad accettarne l'universalità. Dal punto di vista psicologico, la morte e il lutto richiedono ai bambini processi di elaborazione e reintegrazione più complessi che per l'adulto. In primo luogo perché si trovano per la prima volta ad affrontare il contatto con la morte e la perdita definitiva di una persona per loro importante ed inoltre perché perdono, oltre a un loro oggetto d'amore, anche un supporto essenziale e un sostegno identificatorio, necessario per il loro processo di crescita. Da tutto questo deriva che le conseguenze variano enormemente e che ogni bambino ha un suo proprio modo di elaborare la perdita. Se c'è un ambiente familiare e sociale sensibile ed attento, se sono aiutati ad esprimere ciò che avviene dentro di loro, se sono informati e rassicurati su ciò che avviene intorno a loro, possiamo dire che : *"La morte di un genitore, di un fratello, di una persona cara, non porta necessariamente a gravi difficoltà e ad un arresto dello sviluppo. I bambini mostrano una certa forza e resistenza nel lottare contro le difficoltà e le tragedie della propria vita e bisogna aver fiducia nelle loro possibilità di partecipazione e recupero, nel loro coraggio e creatività e perfino nel loro realismo e senso pratico"* (DeSpelder, Strickland, 2005).

I bambini, quindi, reagiranno alla morte di una persona cara a seconda di come sono stati

educati prima dell'evento. Se i genitori non hanno paura della morte, se non hanno protetto il bambino, ma hanno vissuto insieme, ad esempio la scomparsa di un animale domestico, e se è stato loro concesso di partecipare alla cura del malato e di andare al funerale, allora la morte verrà vissuta come un evento reale e non si creeranno i cosiddetti "fantasmi del passato". Una sostenitrice di tale tesi è Elisabeth Kubler- Ross (1995) che ritiene essere di vitale importanza, al fine di non suscitare nei bambini incubi terribili su ciò che viene fatto al genitore malato, riportare in famiglia le giovani madri e i padri che stanno per morire, in modo che i figli possano partecipare attivamente agli ultimi giorni di vita della persona cara.

*"(..) Il figlio più piccolo magari sarà responsabile di scegliere la musica preferita della mamma, un altro di portarle il tè, e un terzo di qualcos'altro. In questo modo partecipano alla cura del genitore malato. Quando arriverà il momento in cui la mamma non potrà più parlare ed entrerà in coma, negli ultimi giorni, i figli potranno ancora toccarla, amarla e abbracciarla. Poi verrà detto loro che per lei il coma è come un bozzolo, che è ancora ben viva e può sentire tutto ciò che le dicono. Può persino ascoltare la musica. Solo che non può più parlare né reagire. Se ai figli verrà permesso di partecipare a tutto questo, per loro sarà un'esperienza incredibilmente importante e bella. (...) Se tu schermassi i canyon dalle tempeste, non vedresti mai quanto sono belle le sculture naturali del vento, questo significa che i bambini non vanno schermati, non vanno protetti, perché non si possono proteggere comunque"* (Kubler- Ross, 1995).

È anche vero che spesso i bambini non sanno se è permesso mostrare i sentimenti che provano e osservano gli adulti per com-

prendere quali siano i comportamenti giusti e accettabili, che anche loro possono manifestare e concedersi. È bene quindi che vedano le persone piangere e sapere che gli altri familiari sono confusi, tristi e in difficoltà, come loro.

*"Non condividere la pena aggiunge sofferenza alla sofferenza"* (Kubler- Ross, 1995).

L'esperienza del lutto è da considerarsi una delle determinanti che influenza la vita psichica di ogni essere umano e che fin dall'infanzia, come abbiamo visto precedentemente, può segnare in maniera talvolta indelebile la situazione emotiva interiore. Per le persone di ogni età la condizione necessaria al superamento della perdita è la presenza di un ambiente sensibile e partecipativo, ma per i bambini ciò è assolutamente indispensabile. Altrimenti la vita può riprendere regolare sul piano della realtà e della concretezza ma interiormente possono permanere dolori, assenze e vuoti, che vanno a costituire le matrici dei nostri destini di adulti. Affinché il lutto possa essere elaborato, tutte le emozioni e cognizioni dell'evento devono passare attraverso il proprio Self ed essere riconosciute come appartenenti al proprio mondo interno per poter mettere in moto il processo di elaborazione nelle sue diverse tappe. Quando questi affetti mobilitati in relazione alla perdita non sono riconosciuti come tali, possono essere, secondo Berkowitz, (1977) fonti di comportamenti disfunzionali come le tendenze possessive nella relazione o le manovre contro separazione come ricatti, minacce di malattie, suicidio o comportamenti incestuosi come difesa di fronte alla perdita. Tuttavia sarebbe importante "distaccare" le condizioni necessarie per un obbligato intervento terapeutico là dove il passo del tempo e le normali risorse di una famiglia non bastano per produrre in tutti i suoi membri una

normale elaborazione del lutto in un processo temporale dai 2 ai 3 anni. Quando non si verifica una corretta elaborazione, il lutto può diventare “cronico”, una versione estesa e distorta della fase di struggimento e ricerca o della fase di disorganizzazione e disperazione (Bowlby,1960). Si possono quindi manifestare reazioni emotive intense e prolungate, rimproveri e rancore, impossibilità di nuovi progetti e depressione, angoscia e agorafobia, a volte combinate. I criteri che si possono quindi utilizzare per differenziare forme sane e patologiche del lutto sono la durata e l’influenza parziale o totale del funzionamento mentale. Quando il lutto supera la “cronicità” diviene patologico rientrando negli apparati diagnostici della psichiatria, come nel DSM. Viene cioè consegnato alla tecnologia medica, ai suoi strumenti ed al suo sapere. Il ruolo del terapeuta si inserisce a questo punto in un terreno di transizione: all’opzione tecnica di specialisti che si affiancano ai medici, integrando con le loro competenze le carenze del sapere scientifico che di fronte alla morte appare sconfitto, si unisce quella di un’ offerta più “umana”, di una disponibilità che, se pur pianificata e organizzata ed anch’essa rifornita da un altro “sapere”, apre spazi di confronto e di conforto altrimenti inaccessibili. È in questa dimensione che si colloca la risposta della psicoterapia e dell’intervento psicologico, che arriva quando il percorso “naturale” del lavoro del lutto si inceppa, quando le evenienze della storia, l’intreccio delle relazioni, i fatti della vita ne intralciano il cammino verso la ricomposizione.

## **IL RUOLO DEL TERAPEUTA E LA SUA FORMAZIONE**

Il tema delle perdite comporta un abbassamento delle barriere generazionali e profes-

sionali: a esse sono inevitabilmente esposti clienti e terapeuti e alle vicissitudini del lutto, personale e familiare, sono sottoposti entrambi. Anche i medici e gli psicologi sono soggetti all’evitamento emotivo e verbale della morte, come ricorda Bowen (1976) che esplicitamente fa riferimento al problema della formazione dei giovani professionisti: *“essi devono essere addestrati a dominare la loro emotività, così da poter essere più obiettivi di fronte alla morte senza fare un uso massiccio del diniego, ma anche a saper rispettare quest’ultimo, quando presente nella famiglia, dal momento che può rivelarsi una difesa funzionale al superamento delle prime fasi del lutto”*.

Le difficoltà a confrontarsi con la morte e il dolore portano il clinico a compiere errori diagnostici e a trascurare il problema cruciale per concentrarsi su sintomi secondari senza rendersi conto della correlazione che essi hanno con il livello sistemico della perdita, situazione che arriva a configurare una vera e propria “malpractice”. Dorothy Becvar (2004) tratta dei rischi che corre un terapeuta familiare che lavora prevalentemente con situazioni in cui è presente il lutto o l’incombenza della morte: si tratta di un ambito d’intervento delicato, spesso scoraggiato dagli stessi colleghi, nel quale sia operando nel privato che in istituzioni si è esposti a serie conseguenze rispetto alla propria stabilità psicologica. In particolare, le condizioni di sofferenza vengono descritte come “stanchezza da compassione” (compassion fatigue) e “traumatizzazione vicaria” (vicarious traumatization): la prima implica un profondo impegno empatico e un’iper-responsabilizzazione, la seconda un abbassamento della fiducia nelle proprie capacità cliniche. Entrambe sono legate a fantasie onnipotenti di poter garantire “la morte perfetta”, scevra da

conflitti e sofferenza, in ogni caso un ideale impossibile anche quando è fatto proprio dalle istituzioni. Per sottrarsi al rischio del burn out è indispensabile mantenere una buona differenziazione anche attraverso un programma di accudimento di sé. Gruppi di supervisione e contatto costante con altri colleghi che operano nel campo sono provvedimenti necessari resi sempre più indispensabili. Compito del terapeuta è permettere che le risorse personali e familiari abbiano corso e, affinché ciò possa accadere, deve essere, per prima cosa, disponibile e aperto al dialogo. Pertanto diventa terapeutico restituire alla perdita non il dramma ma la profondità della dimensione dolorosa che solo così può recuperare il suo potenziale maturativo; l'intervento, allora, consiste nel far sì che quelle dinamiche interiori e interpersonali tornino ad aver corso, nel rendere di nuovo "naturale", per via "artificiale", quanto non è stato possibile accadesse spontaneamente. La finalità, in terapia e in campo psicosociale, è anche in questo caso riavviare il percorso dove si è bloccato, riconnettere, favorire un contatto, un dialogo altrimenti evitato, sia nell'individuo, che nelle transizioni di cui la razionalità familiare vive. Un'assistenza appropriata nel momento del lutto e per tutto il tempo necessario dopo che questo si è verificato, facilita un miglior recupero. Sicuramente essere sostenuti ed aiutati è un'esperienza altamente umanizzante, che una volta vissuta si può diffondere, come quando un sasso cade nell'acqua e i suoi cerchi si allargano. Attualmente, nella nostra società, c'è un mutismo disumano di fronte al problema sia della malattia grave, che della morte e del lutto. Non esistono riti comunitari significativi che abbiano un valore riconosciuto dalla collettività e che alleggeriscano e facciano maturare il nucleo familia-

re. Parallelamente alla mancanza di un universo simbolico di riferimento di natura collettiva, anche il singolo individuo presenta la tendenza a non darsi il tempo e lo spazio per il "lavoro del lutto". Ma non vivere il dolore della perdita, arrivare a negarlo o a reprimerlo, come del resto vivere esclusivamente in funzione del lutto, è fortemente patogeno sul piano psichico e fisico. Per consentirne l'elaborazione dobbiamo far affiorare alla coscienza i vissuti della separazione, della perdita, dell'abbandono, che portano con sé disorientamento, rifiuto, panico, disperazione, rabbia, isolamento depressione e senso di colpa. Tra le varie modalità esistenti, finalizzate ad offrire un sostegno emotivo, informazione e supporto sociale, attivando le risorse delle persone e favorendone i processi adattivi, proponiamo le seguenti. Alcuni psicoterapeuti (Arenes, 1998) ad orientamento psicoanalitico reinventano i riti simbolici di iniziazione alla perdita per aiutare alcune persone a vivere il loro lutto, sia che si tratti di un lutto reale (la perdita di persone care) o di separazione (con vecchie situazioni difficili da lasciare); in particolare questa tecnica è stata utilizzata con i sopravvissuti all'olocausto (Herman, S., 1988). La struttura di queste psicoterapie, che si appoggiano a riti o rituali per aiutare il paziente, è relativamente semplice. Nella prima fase di preparazione, il terapeuta spiega al paziente come l'uso del rituale lo aiuterà a elaborare il suo lutto. Nella seconda fase, chiamata "fase riorganizzativa", il soggetto deve svolgere alcuni compiti concreti che stimolano il processo interiore che gli consente di "passare attraverso" la perdita subita. Il paziente crea alcuni oggetti che simboleggiano la relazione che deve abbandonare. Si tratta di disegni, dipinti, statue, figure, poesie o racconti; può trattarsi anche di "lettere continue": in

questo caso il paziente scrive ogni giorno ciò che desidera dire alla persona deceduta o lontana. Questo esercizio obbedisce ad un rituale prestabilito dal terapeuta e dal paziente. Si sceglie un posto e un momento preciso della giornata per scrivere, eventualmente davanti ad una fotografia del destinatario della lettera posta sulla scrivania usata allo scopo. Nello svolgimento di questo compito spesso il paziente inizia spontaneamente a rivolgersi ad altre figure del passato, a persone alle quali non ha potuto dire addio. La lettera non sarà mai spedita, anche se il destinatario è qualcuno con cui il paziente intrattiene ancora rapporti, perché non si ritiene possibile una vera discussione sul passato. Durante questa stessa fase, il paziente raccoglie alcuni oggetti simbolici reali, "oggetti di collegamento" (linking objects). In un certo qual modo, ognuno attribuisce un qualche potere magico a questi piccoli oggetti in grado di preservare il contatto con la persona "scomparsa". In questa fase di riorganizzazione, il lavoro del terapeuta consiste nell' aiutare e nell' accompagnare il paziente nello svolgimento di queste attività, nel fargli comprendere che tutti i sentimenti che affiorano sono plausibili e vanno espressi, in modo che il processo di elaborazione del lutto giunga a conclusione. Una volta conclusa questa fase di riorganizzazione, si può passare all'ultima tappa: insieme al terapeuta, il paziente mette in scena una cerimonia che pone fine al suo compito di elaborazione del lutto. Il paziente dà un addio solenne a tutti i simboli fabbricati o portati in seduta, prima di separarsene per sempre; in questo modo lascia definitivamente anche la persona perduta. Con questa separazione, il paziente può esprimere gli stessi sentimenti che proverebbe ad un vero funerale. Segue una cerimonia di

purificazione. Infine, dopo un pasto condiviso con la moglie o il marito, gli amici o la famiglia, il paziente entra in una nuova fase della sua vita. Questi rituali estremamente precisi hanno una funzione molto importante. Sono talvolta adottati nell' ambito di psicoterapie di ispirazione psicoanalitica che prevede un lavoro di profondità sull'inconscio o di psicoterapie sistemiche, luogo privilegiato dove il sistema terapeutico celebra i propri riti nel tentativo di costruire nuovi miti familiari. *"Il rito, infatti, può essere il mezzo attraverso il quale viene trasmessa tutta una serie di credenze e di valori familiari rispetto a particolari atteggiamenti ed emozioni, sia l'occasione per la singola persona di introdurre nella struttura rituale degli elementi simbolici propri che facilitano la definizione delle relazioni che la legano agli altri"* (Andolfi, Angelo, 1987). Un esempio può essere fornito dall'esperienza di M. Bowen (1980) con una famiglia con bambini piccoli in cui era morta improvvisamente la madre: egli consigliò al padre di coinvolgere i bambini nei rituali preparatori al funerale. Questo permise da una parte la trasmissione ai bambini di "norme di comportamento" tolse l'alone di mistero ed incertezza che normalmente circonda le situazioni luttuose ma, soprattutto, la creatività e spontaneità dei bambini diede la possibilità di avviare un processo di separazione dalla madre attraverso l'introduzione di elementi simbolici concreti, sancendo la trasformazione del legame. Un ulteriore strumento terapeutico utilizzato per gestire diverse situazioni di disagio è rappresentato dai gruppi di auto-mutuo-aiuto. L'efficacia di questa metodologia si basa sull'incontro di persone accomunate dal fatto di condividere la stessa esperienza di vita. L'occasione di partecipare a un gruppo di sostegno per i familiari, che si ritrova regolarmente ogni set-

timana allo stesso luogo e alla stessa ora, diventa un tentativo d'elaborazione comunitaria del cordoglio, ovvero del "dolore del cuore". Il lavoro di gruppo e nel gruppo può essere considerato un moderno rito di passaggio, che accompagna l'attraversamento da una fase all'altra della vita. Quando si rivive l'esperienza della perdita insieme con altre persone che stanno affrontando lo stesso problema, lo si sperimenta in modo del tutto differente da quando si è da soli. L'aiuto che si dà e si riceve all'interno di un gruppo non è certo l'eliminazione della perdita o un impossibile ritorno al passato o una difesa dalla sofferenza psichica, ma il far emergere il bisogno umano di comunicare, di riavvicinarsi ai propri sentimenti, di porsi a confronto con le proprie emozioni, di conoscerle, di contenerle, cioè il saperle portare con sé senza rimanerne imprigionati. L'impegno comune di tutti i partecipanti attiva un intenso campo emotivo, che favorisce l'esperienza di un livello di coscienza più profondo che raramente da soli ci concediamo nella vita abituale di fronte al dolore e alla perdita. Nel gruppo si respira un clima di condivisione e di solidarietà tra i partecipanti, che permette a ciascuno di esprimersi senza timore di incorrere in dinamiche di esclusione o di reazioni minimizzanti o d'imbarazzo o di pietismo consolatorio. Entrare in un gruppo di sostegno vuol dire anche avventurarsi in una nuova esperienza di partecipazione attiva, vissuta. È un atto di coraggio, un mezzo per cercare una risposta vitale alla perdita di senso e di orientamento che si sta provando e per uscire da una dimensione di solitudine e di chiusura. Il gruppo favorisce la possibilità di un rispecchiamento reciproco tra i partecipanti, che aiuta a riconoscersi negli altri, a fare dei collegamenti tra le diverse situazioni e ad elaborare le proprie esperienze: "Sia-

mo tutti nella stessa barca". Ciascuno può utilizzare l'esperienza degli altri non solo rispetto alla propria vita passata e alla relazione con il defunto, ma anche rispetto alla conoscenza di sé e al presente, alle relazioni, alle amicizie attuali. Ci si rispecchia nelle paure, nei limiti, nelle angosce, nelle colpe, nei rimpianti, nelle sofferenze, per poi passare anche al bisogno di "salvarsi, di aprirsi di nuovo", "di farsene una ragione", di "uscire dall'isolamento", di recuperare il proprio "equilibrio" non solo per se stessi e per i figli, ma anche per le altre persone che ci vivono intorno e "che amiamo". Il "senso del noi", che si sviluppa al suo interno, diventa espressione di un atteggiamento etico condiviso nel confronto con il mistero della morte, ma soprattutto con il mistero della vita. Se riusciamo ad accettare ed accogliere il dolore della perdita nel nostro percorso umano e quindi a vivere il lutto come parte significativa dell'esistenza, possiamo integrare più profondamente anche il senso di responsabilità verso la nostra vita e quella degli altri che ci sono vicini e anche di quelli che verranno.

## CONCLUSIONE

Per imparare a perdere, a nostro avviso, è importante tenere a mente alcune considerazioni. La prima è la capacità di riconoscere le proprie emozioni e di esprimerle appieno. La seconda è intrattenere una relazione indipendente di differenziazione con i propri cari. In famiglia, dovremmo cercare di non colmare sistematicamente tutti gli spazi vuoti della nostra vita. Dovremmo cercare di privilegiare l'apprendimento della mancanza, familiarizzare con l'ascolto di noi stessi, inventarci una pedagogia per gli eventi più banali che accadono dentro di noi e intorno a noi.

*"(...) Ripenso a Laure, la mia figlia minore.*

A quattro anni portava sempre con sé e dappertutto un enorme coniglio di peluche che trascinava per le orecchie. Un giorno, dimenticò il suo Jeannot al ristorante, tornammo lì due ore dopo, ma non lo ritrovammo. Quanto lo abbiamo cercato, quanto ne abbiamo parlato! (...) Sono sicuro che i sentimenti provati da Laure, da sola in famiglia per questo grande dolore, le abbiano consentito di prepararsi in qualche modo a lutti più gravi. Questo apprendimento della perdita non è una cosa triste; è uno dei compiti fondamentali di ogni genitore. Non abbiamo cercato di sostituire immediatamente il coniglio Jeannot! Non dovevamo colmare immediatamente il dolore provocato da quel piccolo dramma. Dopo aver dato modo a Laure di elaborare questo lutto, infatti, abbiamo percorso solennemente la strada della scelta di un nuovo peluche, assolutamente diverso dal primo tra i reparti di un grande magazzino” (Arenes, 1998). Lasciare spazio alla mancanza, lasciare uno spazio vuoto che facilita l’espressione dell’altro e il suo ascolto, permette di godere completamente della vita e di risollevarsi da periodi difficili in cui non riusciamo ad avere ciò che desideriamo. Avere la tendenza a porsi nel registro dell’aver e del possedere conduce immancabilmente a rendere intollerabile qualsiasi perdita. *“Non ho mai visto un bambino turbarsi di fronte alla morte; ciò che lo turba è solo il contatto dell’ansia di chi sopravvive”* (Bowen, 1979).

Per consentire che gli eventi, seppure portatori di sofferenza, diventino parte ed esperienza vissuta ed elaborata del proprio sviluppo personale, bisogna rompere il tabù che non si possa condividere con i bambini il dolore per la malattia e la morte di un familiare, né la partecipazione alle cure e ai funerali; in questo modo si offre la possibilità

al bambino di familiarizzare nel modo più intimo possibile con la morte alla presenza di tutto il sistema familiare, così da acquisire gli strumenti necessari per elaborare adeguatamente il lutto e poterli trasmettere alle generazioni che verranno.

*“Se vi trovate di fronte a un bambino che, colpito da un lutto, si chiude completamente in se stesso, rifiuta la morte, nega il suo dolore, fatelo piangere. Parlandogli, mostrandogli quello che ha perso, anche se questo può sembrare crudele, anche se lui si difende strenuamente come ho fatto io, anche se dovesse destarvi per questo (...) il dolore chiuso con un catenaccio non si prosciuga da solo, aumenta, si inasprisce, si nutre di silenzio, avvelena in silenzio senza che noi ce ne accorgiamo”* (Anny Dupery, 1992).

Per elaborare la perdita e consentire l’interiorizzazione della figura amata c’è bisogno di condividere la storia del rapporto, le gioie e i dolori, gli avvenimenti, le speranze e le preoccupazioni vissute insieme alla persona scomparsa. In questo processo non si può, quindi, evitare il dolore e il fatto stesso di provarlo garantisce che l’elaborazione del lutto è in corso; niente sarà più come prima. Elaborare il proprio lutto non significa dunque tornare allo statu quo ante. Non si possono cancellare ferite simili ma ci si può sforzare di ritrovare il gusto di vivere. Non esiste nascita senza morte e non esiste vita senza sofferenza.

*“L’amore forte come la morte. L’amore non vince per forza ma la sua potenza può uguagliare quella delle tenebre”* proclama il *Cantico dei Cantici*.

Solo in questo modo l’assenza diventa pensabile ed elaborabile e la morte può diventare parte della vita, facendosi relazionalità e memoria, “eredità d’affetti” che continuano a vivere e ad esprimersi in chi rimane. *“Che*

loro non impediscano a me di vivere, che io non impedisca loro di morire” (Jurgensen, 1994).

## Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C. (1987). *Tempo e mito nella Psicoterapia Familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi, M., D’elia, A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Arenes, J. (1998). *Dimmi un giorno morirò anch’io?* France: Editions Fleurus.
- Aurigemma, L. (1989). *Prospettive junghiane*. Torino: Bollati Boringhieri, pp.145-166.
- Becvar, D.S. (2004). The impact of the family therapist of a focus on death, dying and bereavement. In Walsh, F., Mc Goldrick, M., (2004), (a cura di), *Living Beyond Loss. Death in the Family*. NY- London: Norton and Company.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo*. Roma: Astrolabio.
- Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita*. (Vol. 3). Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and childhood. *Psychoanal. Study Child*, 15, 9- 52.
- Bowlby West, L. (1983). The impact of death on the family system. *Journal of Family Therapy*. 5.
- Canevaro, A. (1988). Crisi matrimoniale e contesto trigerazionale: un modello sistemico di terapia breve. In Andolfi, M., Angelo, C., Saccu, C., *La coppia in crisi*. Roma: ITF.
- Colli, L. (1999). *La morte e gli addii*. Bergamo: Moretti e Vitali Ed.
- Crozzoli Aite, L. (2003). *Assenza, più acuta presenza*. Ed. Paoline.
- Crozzoli Aite, L. (2007). Il lutto e i bambini. Il silenzio protegge dalla sofferenza? In *I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita in un gruppo di auto mutuo aiuto*. Roma: Edizione Paoline.
- Despelder, L., Strickland, A. (2005) . *The Last Dance, incontro con la morte e il morire* (Ed. It. a cura di F. CAMPIONE). Bologna: Clueb.
- Dupery, A. (1992). *Le Voile noir*. Paris: Editions du Seuil.
- Freud, S. (1915). *Pensieri sulla vita e sulla morte*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1917). Lutto e Melancolia. In FREUD, S. (1997) *Psicologia e metapsicologia*. Roma: G.T.E Newton.
- Freud, S (1915). *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*. Roma: Editori Riuniti.
- Freud, S. (1925). *Inibizione sintomo e angoscia*. Torino: Boringhieri .
- Herman, S. (1988). Forty Years on: a study in belated holocaust mourning. In Onno Van Der Hart, *Coping with loss, the therapeutic use of leave- taking rituals*. NY: Irvington Publishers.
- Jurgensen, G. (1994). *La disparition*. Paris: Calmann-Lévy.
- Kubler-Ross, E. (1995). *La morte è di vitale importanza*. Trad.it., Gruppo Editoriale Armenia,(1997).
- Milton, J. (1667). *Paradise Lost*. London: Peter Parker.
- Morasso, G., Di Leo, S., Grassi, L. (2001). La psiconcologia: stato dell’arte. In Amadori, D., Bellani, M.L, Bruzzi, P., Casali, P. G., Grassi, L., Morasso, G., Orrù, W., (a cura di), *Psiconcologia*. Milano: Masson.
- Morelli, G. (2006). Quando i genitori “spariscono”. In *Notiziario Ryder Italia* (anno VII, n.21, pp. 3).
- Pangrazzi, A. (1995). *Il Lutto: un viaggio dentro la vita*. Torino: Camilliane.
- Shakespeare, W. (1605). *Macbeth* (atto IV, scena III).
- Shand, A. F. (1920). *The Foundations of Character* (2th ed). London: Mac Millan.
- Viorst, J. (1987). *Distacchi*. Milano: trad.it Frassinelli.
- Von Franz, M. L. (1997). *La morte e i sogni*. Torino: Bollati Boringhieri

# Trauma e resilienza. Uno sguardo oltre il DSM-IV in prospettiva relazionale

Elisabetta Carlotti\*

## Sommario

L'articolo riflette intorno al controverso concetto di trauma psichico, ripercorrendone la storia attraverso il contributo di alcuni degli autori che negli ultimi due secoli si sono interrogati sul tema. Si approfondisce poi il concetto di resilienza, e la sua duplice funzione: protettiva rispetto all'instaurarsi di un trauma e funzionale al suo superamento. Obiettivo del lavoro è quello di sottolineare il ruolo che le relazioni hanno in ogni fase del processo traumatico: nella costruzione del disagio proprio del trauma, nel suo mantenimento e nel suo superamento, in una prospettiva sia individuale che di gruppo

## Parole chiave:

Trauma, PTSD, Resilienza, Relazioni

## Summary

*The aim of this article is to reflect around trauma and the history of this concept. We want, moreover, talk about resilience and his functions: to protect people from trauma and to help people to overcome it. Talking about resilience we want to highlight the importance of relations, in an afford to demonstrate that is throw relations that people can afford the most stressful situations and develop resilience.*

## Key words:

Trauma, PTSD, Resilience, Relations

\*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

## LA COSTRUZIONE DI UN CONCETTO

Secondo Greenpeace *“La frequenza dei disastri naturali è fortemente aumentata: nel 1980 furono registrati in tutto il mondo 400 eventi, mentre 30 anni dopo - con i medesimi criteri di classificazione - ne sono stati registrati quasi mille. Se i disastri geofisici (quali terremoti, tsunami, etc.) mostrano una sostanziale stabilità numerica, le inondazioni e le frane sono pressoché triplicate, le tempeste e gli uragani sono raddoppiati e risultano in forte aumento anche le ondate di calore, i periodi di siccità, gli incendi.”* (Borascchi, 2012).

In questo scenario, sia le istituzioni che i professionisti si interrogano su come poter offrire sostegno concreto e umanitario, in modo efficace, alle popolazioni colpite. In particolare, nascono iniziative e azioni solidali per fronteggiare le conseguenze emotive e traumatiche di tali eventi. Una riflessione preliminare, deve però essere fatta sulle rappresentazioni collettive delle reazioni individuali a tali eventi. Si è assistito, infatti, in questi anni, ad un uso mediatico improprio del termine trauma, che è entrato nel linguaggio comune. Esso è stato spesso utilizzato per riferirsi agli eventi catastrofici in sé, con locuzioni come “il trauma del terremoto”, “il trauma dell’alluvione” ecc. Come se l’evento in sé potesse essere identificato come “trauma” o come se la semplice esposizione a tali eventi determinasse automaticamente un’esperienza definibile come “trauma psichico”. Tale abitudine rischia di svalutare e confondere la forza del concetto che, in psicologia clinica, è stato messo a punto attraverso un percorso lungo e complesso. È opportuno dunque riesaminare la storia di questo concetto, sia per apprezzarne la profondità, sia per evidenziarne i limiti.

Nel DSM il termine è stato introdotto solo

nel 1980, durante la stesura della terza versione. A questo concetto e alla stesura di quello che è definito come Disturbo Post Traumatico da Stress si è arrivati dopo almeno due secoli di ipotesi e discussioni tra gli specialisti. A sollecitare tali discussioni erano stati i movimenti e le azioni legali portate avanti dai reduci della guerra in Vietnam, che pretendevano un riconoscimento e un indennizzo non solo per le ferite e le menomazioni fisiche procuratisi in battaglia, ma anche per una serie di disagi psicologici legati al ricordo di quegli eventi. Prima di queste sollecitazioni vi era stata, a partire dalla seconda metà dell’800, la tendenza a identificare in fattori interni all’individuo la causa dei disagi psicologici propri del PTSD. Si era passati dall’attribuire questi sintomi ad una estrema impressionabilità propria di alcuni individui (Codillac, 1754), alle tesi della psichiatria morale, per cui individui particolarmente viziosi tendevano a riattivare intenzionalmente memorie di eventi che una mente umana “virtuosa” avrebbe dovuto cancellare spontaneamente. Si arrivò poi al concetto di *shock nervoso* di Page (1883) che introdusse un’ipotesi neurologica secondo la quale i nervi spinali reagiscono a determinati eventi esterni irritandosi e causando una serie di sintomi di disagio psichico. Ancora lontani dall’idea di trauma, questo passaggio consentì di attribuire ad un evento esterno la causa delle sofferenze individuali, portando così i sofferenti ad essere visti come vittime e perciò meritevoli di cure, piuttosto che come individui perversi o portatori di fragilità congenite. L’anno successivo Strümpell (1884) introdusse per primo il concetto di trauma psichico, sottolineando il ruolo che, all’interno di situazioni critiche, rivestono le forti emozioni esperite e le domande drammatiche che il soggetto si pone. In queste situa-

zioni, la presa d'atto della propria impotenza potrebbe trasformarsi in un'idea patogena. Charcot (1885) riprenderà l'ipotesi di Strümpell, specificando che l'idea patogena può avere effetti nefasti solo quando il soggetto è predisposto o è preda di desideri morbosi non dichiarati, o è animato da cattiva volontà o ancora perché è caratterizzato da una personalità psicopatica. Si ritornò quindi ad una potenziale colpevolizzazione delle vittime, su cui vale la pena soffermarsi per alcune riflessioni, perché, nonostante i successivi sviluppi delle scienze sociali, il pericolo di "colpevolizzare le vittime" tutt'ora rimane. Una buona spiegazione di questo fenomeno possiamo trovarla in William Ryan (1976) e nel suo libro *"Blaming the victim"*. Il presupposto da cui parte l'autore è che l'essere umano ha bisogno di spiegarsi ciò che lo circonda e più di ogni altra cosa, di credere che il mondo risponda a delle leggi razionali, che vi sia un ordine che sottende i fenomeni naturali e che quest'ordine possa garantirne la prevedibilità. L'uomo avrebbe insomma bisogno di dare risposta alle domande fondamentali cui tutte le religioni cercano di rispondere: da dove origina la vita? Perché la morte? Perché c'è il dolore? Davanti a questi misteri imperscrutabili l'uomo si sente preda del caos e ha bisogno di categorie razionali che gli permettano di fare ordine. Uno di questi tentativi va nella direzione di ritenere che le vittime di eventi particolarmente stressanti, improvvisi e dolorosi abbiano in qualche modo meritato tale condizione. Se ciò non fosse vero, l'uomo dovrebbe ritenere che non esiste logica "giustizia" nell'ordine dell'Universo e che potenzialmente chiunque, in ogni momento, potrebbe ritrovarsi vittima di eventi soverchianti. Tale pensiero risulterebbe altamente ansiogeno, perché comporta l'idea che i fenomeni e gli eventi

che costituiscono il mondo siano totalmente imprevedibili. *"L'ipotesi del mondo giusto"*, o *"credenza in un mondo giusto"* (*The Belief in a Just World, BJW*), di Lerner (1980) ben chiarisce questa tendenza. Tale ipotesi si basa sul senso di merito e di "giustizia" e sostiene che le persone meritino ciò che ottengono: per questo motivo le persone che credono in questa ipotesi ritengono che il mondo sia un luogo dove *"le persone buone vengono ricompensate e le persone cattive punite"*. I sostenitori di questa visione faticerebbero ad abbandonarla e a credere invece in un mondo dove "cose cattive" come povertà, stupro, fame e violenza possano accadere anche a *"brave persone"* e senza un *"buon motivo"*; così facendo, infatti, entrerebbero in un'insostenibile *dissonanza cognitiva*, da cui possono uscire attraverso la *"colpevolizzazione della vittima"*. Questo processo inconsapevole ha subito, per lo meno a livello di definizioni teoriche, un primo arresto nel 1883 con Page. Dopo di lui, fu Oppenheim (1889) a riportare il focus su una dimensione neurologica della sofferenza, identificando la causa del disagio delle vittime in un urto meccanico grave ed improvviso, creatore di disfunzioni a livello cerebrale. Con questa ipotesi eziopatogenica, una causa esterna era identificata come capace di creare perturbazioni nel corpo e rispetto ad essa le vittime non avevano alcune responsabilità. I suoi studi ricevettero molto credito, al punto che venne promulgata una legge grazie alla quale chi aveva subito seri danni psichici per incidenti traumatici nell'ambiente di lavoro poteva ottenere un risarcimento e la pensione di invalidità. Seguì quindi un periodo in cui i vantaggi secondari delle vittime portarono a dubitare della veridicità della loro sofferenza al punto tale che la *"nevrosi traumatica"* venne chiamata *"nevrosi traumatica"*

da pensione". Parallelamente, sui campi di battaglia venne coniato il termine "nevrosi da guerra", volendo con esso sottolineare il tentativo dei soldati di anticipare il congedo simulando malessere psicologico. Freud ed i suoi successori faranno del trauma uno degli argomenti cardine delle loro teorie sul funzionamento umano. Il trauma viene descritto da Freud (1896) inizialmente come un evento realmente vissuto, attorno al quale verranno sviluppate tutta una serie di difese portatrici di patologia. In un successivo momento, egli arriverà al concetto di "trauma interno" per indicare che spesso l'evento disturbante non era stato esperito direttamente, ma solo immaginato, prodotto da pulsioni sessuali ed aggressive, forti ed incontrollabili a cui il soggetto non poteva permettersi di cedere, ma che comunque lo condizionavano fin dalla prima infanzia (Freud, 1925). Si poteva originare la patologia quando una persona già così predisposta fin dall'infanzia, era coinvolto durante lo sviluppo o in età adulta in un evento potenzialmente traumatico. Di nuovo rinasceva un'ipotesi patogenetica che evidenziava una predisposizione soggettiva potenzialmente criticabile, sorretta dal tentativo di spiegare perchè a parità di evento vissuto, solo alcune persone svilupparono un trauma psichico. Le discussioni intorno al trauma e alla sua origine interna o pulsionale vennero messe in crisi durante la prima guerra mondiale. È in questo contesto che prese piede "la psichiatria sul campo" (Damaye, 1917). Essa osservò che i metodi di cura attuati nelle retrovie e basati sull'uso di sedativi e sulla persuasione si erano dimostrati inefficaci, rispetto ai gravi sintomi di shock presentati da molti soldati esposti a combattimenti cruenti, bombardamenti e gas. Furono dunque proposte nuove linee guida, che si basavano su cinque punti cardi-

ne: immediatezza dell'intervento, prossimità, speranza di guarigione, semplicità del trattamento e centralità (Salmon, 1917). L'impiego di numerosi "medici sul campo", in grado di osservare direttamente la drammaticità degli eventi e le esperienze estreme vissute dai combattenti, portò ad una serie di nuove riflessioni, in cui viene ridata centralità al ruolo degli accadimenti esterni come fattori prognostici dei disagi psicologici acuti.

Ferenczi (1992), lavorando direttamente al fronte, ipotizzò che, di fronte ad eventi insopportabili per la realtà psichica, il Sé dei soldati si frammentasse, in un disperato tentativo di fuggire la realtà. I disturbi successivi all'evento erano, in quest'ottica, comprensibili come esito di un faticoso tentativo di ricostruire il Sé ed il mondo dei significati che si era disorganizzato.

Allo scoppio della Seconda guerra mondiale, tutto ciò che si era appreso riguardo all'assistenza psicologica durante la Prima guerra mondiale, venne come dimenticato e si ritornò a trasferire i feriti psichici nelle retrovie, senza fornire loro assistenza adeguata. Come ricorda Louis Crocq (2012) nel 1943 sarà il Generale Bradley, che, in accordo con alcuni psichiatri, prescriverà con una circolare di ricominciare a trattare i soldati alleati direttamente sul campo. Sul piano patogenetico, in questo periodo, oltre alla durata e all'efferatezza dei combattimenti, si ammetteranno come fattori predisponenti o aggravanti le personalità nevrotiche, il conflitto intrapsichico "fight or flight", i conflitti di gruppo e le situazioni d'isolamento delle piccole unità, introducendo così per la prima volta fattori concernenti le dinamiche sociali-gruppali ed uscendo dall'ottica in cui il trauma colpisce il singolo come se questi fosse avulso da un contesto sociale.

Questa breve storia del concetto di trauma

non ha la pretesa di essere esaustiva, ma di riflettere sulle diverse premesse con cui gli autori che si sono succeduti negli ultimi due secoli si sono accostati al concetto. Sembrano emergere due posizioni. Da un lato si pone la tendenza a concentrarsi sulle predisposizioni interne, in qualche modo genetiche o acquisite nella prima infanzia. Per tale visione sembrerebbe ineluttabile sviluppare un serio disturbo psicologico per quelle persone che, essendo portatrici di una fragilità congenita, dovessero incontrare un episodio particolarmente stressante nella loro vita. Un'altra visione, che si concentra per lo più sulle caratteristiche dell'evento potenzialmente traumatico, sembrerebbe far presumere che ci sono determinate situazioni in cui, a dispetto delle predisposizioni interne, l'esito finale sarà nefasto per il singolo. È quest'ultima la visione del DSM, nella sua terza versione (1980), e nelle due successive, DSM-III R (1987) e DSM-IV (1994). Nella prima definizione, si descriveva il PTSD come una risposta estrema ad un evento particolarmente stressante, caratterizzata da forte ansia, tendenza all'evitamento di stimoli associati all'evento e appiattimento emotivo. In tale stesura, la descrizione dell'evento potenzialmente traumatico era alquanto vaga e sintetizzata come *"fuori dal range comune d'esperienza o d'intensità"*. Nella seconda versione, (DSM-III R) furono meglio definiti i sintomi della sindrome, includendo anche fascia di popolazione più ampia. Nel DSM-IV, vi fu una maggiore specificazione delle caratteristiche dell'evento. Accogliendo, infatti, un'idea di traumaticità come caratteristica oggettiva di un evento, il DSM-IV descrive il *"fattore traumatico estremo"* come: *"l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'in-*

*tegrità fisica; o la presenza di un evento che comporta morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altre persone con cui il soggetto è in stretta relazione"*. (cfr. APA, 1994).

*Meno deterministica è la descrizione del disturbo fornita dall'ICD-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992), nella quale vengono considerati traumatici quegli eventi "di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone"*.

Quest'ultima espressione, *"in quasi tutte le persone"*, ridimensiona l'ineluttabilità di un disturbo post-traumatico, precisando che non si sviluppa automaticamente in tutti i soggetti che vivono un evento eccezionalmente stressante e sottolinea la necessità di valutare la modalità soggettiva di affrontarlo. Da ciò si può dedurre che la diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress, che si verifica, secondo i criteri del DSM-IV dopo l'esposizione o l'esperienza di eventi traumatici estremi, non può basarsi esclusivamente sulla presunta oggettiva gravità dell'evento stesso. A sostegno di questa tesi, concorrono gli studi di Shalev, che documentano come solo il 25% delle persone esposte a un evento drammatico con conseguenti lesioni fisiche sviluppano PTSD (Shalev et al., 1996). Friedman (2000), inoltre, stima che durante il corso del ciclo di vita, almeno il 50% della popolazione americana sia esposto direttamente ad almeno un evento traumatico quali incidenti automobilistici e sul lavoro, aggressioni, violenza diretta o disastri naturali in grado di rappresentare un rischio per la vita. Cercare d'identificare la

specifica potenzialità patogena delle situazioni traumatiche è un'impresa impossibile, o destinata a identificare potenziali pazienti nel 50% dell'umanità (Sbattella, 2009). Williams (2009) sottolinea come benché abbia avuto il merito di riconoscere e definire la specificità degli effetti del trauma sulla salute mentale, il senso della diagnosi di PTSD data dal DSM sia oggi motivo di acceso dibattito, affermando che: *“Ciò che oggi è in discussione è semmai la limitatezza di questa categoria nosografica rispetto alla complessità dei quadri clinici che emergono in corrispondenza di eventi traumatici di varia natura, la sua incapacità di tenere conto del significato soggettivo che riveste il trauma nello sviluppo del disturbo mentale; una limitata visione di ciò che si considera come evento traumatico; la difficoltà di rintracciare le caratteristiche diagnostiche del PTSD in contesti etno-culturali diversi da quello delle società occidentali”* (Williams, 2009, pag XXIII).

Sempre Williams (2009) sottolinea come numerosi studi longitudinali abbiano consentito di evidenziare l'assenza di disturbi psicopatologici in molti soggetti a parità di esposizione vissuta, così come in contesti psicoterapeutici è stato possibile notare che molto spesso le conseguenze negative degli eventi potenzialmente traumatici non venivano espresse con un disturbo psichiatrico *“che rispondeva ai criteri del DSM”*, ma piuttosto attraverso *“modificazioni del senso del sé e delle relazioni, o della percezione della prospettiva temporale entro la quale il soggetto deve collocarsi per costruire un progetto di vita.”* (pag. XXIV). Citando studi di altri autori (Cicchetti, Cohen, 1996; Howe, Goodman, Cicchetti, 2008) Williams continua sottolineando come talvolta *“il significato di queste alterazioni per l'adattamento individuale può*

*evidenziarsi in una fase relativamente avanzata del corso della vita, a seguito di eventi stressanti o di importanti passaggi nella storia personale”*.

## **IL RUOLO DELLE RELAZIONI PER LA COSTRUZIONE DI PERCORSI RESILIENTI**

Uscendo quindi dall'ottica lineare adottata dalla definizione di PTSD del DSM-IV, possiamo interrogarci su quali siano le variabili intervenienti che possono contribuire a far sì che al medesimo evento le persone possano reagire sviluppando disagi diversi: sintomi in grado di soddisfare i criteri per una diagnosi di PTSD, malesseri temporanei o sintomi che non raggiungono un'intensità di rilevanza clinica. Ancora, possiamo domandarci come sia possibile di fronte alla stessa tipologia di evento, che solo l'8% (stima approssimativa riferita alle popolazioni occidentali contemporanee) delle persone sviluppi un disagio significativo, mentre il restante 92% riesca a rispondere all'impatto psicologico dell'evento senza arrivare alla compromissione del proprio adattamento o ad uscirne con un maggior adattamento rispetto al momento antecedente il forte stress (Sbattella, 2009; Sbattella, 2010). Alcuni tentativi per rispondere a queste domande sono stati fatti dagli autori che si sono occupati di teorizzare e approfondire il concetto di resilienza. Il contesto storico in cui avvengono questi studi è quello della seconda metà del 900 in cui si è assistito all'instaurarsi di un nuovo paradigma grazie alla diffusione di nuovi approcci: la psicologia umanistica prima e in seguito la psicologia positiva. Questi due approcci portarono a un cambiamento di ottica che ha indotto gli psicologi a focalizzarsi sulle parti sane dell'individuo, sulle sue risorse e ad elaborare metodologie atte a svilupparle. Si è assistito quindi a un passaggio dalla

cura della malattia alla promozione della salute. Antonovsky (1980, 1987) è stato tra i primi a proporre il concetto di salutogenesi e a porsi l'obiettivo di individuare le componenti del benessere psicologico. I suoi studi hanno preso le mosse da un numero considerevole d'interviste, fatte a sopravvissuti all'Olocausto. L'esito di queste interviste fu l'individuazione del concetto di "autocoesistenza" che per lo studioso comprende tre componenti della personalità fondamentali da tutelare e fortificare all'interno di ogni forma di promozione della salute: *la capacità di poter esercitare un controllo* (anche se in maniera ridotta o anche solo nella fantasia); *la comprensibilità* (comprendere e riordinare quanto di minaccioso sta accadendo aiuta ad affrontare le situazioni difficili); *il significato che*, a partire dalle due capacità prima espresse, permette di includere anche le esperienze più stressanti in una visione d'insieme più allargata.

Un terzo filone di ricerche che si è concentrato intorno al tema della resilienza appartiene alla psicologia di comunità, cui peculiarità è quella di studiare l'individuo in rapporto al suo contesto, sottendendo un'idea di uomo come soggetto attivo, che con le sue emozioni, pensieri e comportamenti, non solo costruisce sé stesso ma influenza l'ambiente che lo circonda, venendone a sua volta influenzato (Bronfenbrenner, 1979). Gli studi della psicologia di comunità ruotano intorno ad un concetto correlato a quello di resilienza, quello di empowerment, dal verbo to empower, "dare potere", "mettere in grado di". Tale termine descrive sia uno stato-risultato (ad es. il livello di empowerment raggiunto), sia il processo attraverso il quale tale risultato viene raggiunto, un processo che permette agli individui e ad i gruppi di controllare attivamente la propria vita. La resilienza viene

vista, in quest'ottica, come un processo di potenziamento delle risorse, di ampliamento delle competenze relazionali, di integrazione sociale, nei confronti di un individuo provato dalle avversità. Un altro concetto su cui si sono concentrate le ricerche della psicologia di comunità è quello di coping, intendendo con questo un processo attivo, che permette di fronteggiare situazioni particolarmente stressanti grazie all'autovalutazione delle proprie capacità e motivazioni personali (Lazarus, Folkman, 1984).

All'interno di questi nuovi paradigmi negli Stati Uniti e in Europa, soprattutto in Francia, si è assistito alla proliferazione di studi e ricerche su bambini che, a dispetto dell'alto rischio di devianza, dovuto a problemi familiari e/o sociali, avevano uno sviluppo positivo, e su adulti che, nonostante avessero avuto esperienze potenzialmente traumatiche, in contesti bellici, di violenza, di abusi o di incidenti, avevano trovato un equilibrio che aveva consentito loro di avere un'esistenza gratificante. Tra questi studi il più celebre, in cui per la prima volta compare il termine di resilienza, fu quello di Werner e Smith (Werner, Smith, 1992). A partire dal 1955 per circa un trentennio Werner condusse una ricerca longitudinale su 698 neonati dell'isola Kauai (Hawaii). Circa un terzo di questi neonati per la psicologia classica avevano tutti i prerequisiti per una prognosi di disagio psichico o sociale, in quanto esposti a diversi fattori di rischio (nascita difficile, famiglie con problematiche di alcolismo, malattie mentali, aggressività, povertà etc.). A dispetto delle previsioni, gli studiosi osservarono negli anni come un terzo di questi bambini, esattamente settantadue, erano diventati adulti in grado di condurre una vita gratificante, caratterizzata da relazioni stabili, un buon impegno sul lavoro ed una tendenza a prodigarsi per

gli altri. I risultati di questa ricerca portarono a un incremento di studi sulla conoscenza di quei fattori che potessero favorire uno sviluppo adeguato. Si comprese, infatti, quanto fosse potenzialmente più utile, piuttosto che concentrarsi sui fattori di vulnerabilità, indagare e potenziare quelle risorse personali e familiari che permettono all'individuo di integrare le proprie risorse con i propri limiti e comprendere che l'esperienza traumatica, pur rimanendo iscritta nel profondo dell'animo, può diventare un'occasione formativa di crescita personale (Malaguti, 2005). Il termine resilienza per come ha iniziato a essere usato in psicologia da Werner e Smith è in realtà una metafora di un fenomeno misurabile in fisica, ovvero dell'attitudine di un corpo a resistere senza rotture in seguito a sollecitazioni esterne brusche o durature di tipo meccanico (Devoto, 1971). Un significato equivalente e riscontrabile anche in altre discipline. In biologia la resilienza è la capacità di autoripararsi dopo un danno, mentre nel linguaggio informatico la resilienza di un sistema operativo è rappresentata dalla capacità di adattamento alle condizioni d'uso e di resistenza all'usura. Il termine, traslato dalla fisica, dalla biologia e dall'informatica viene utilizzato dalla psicologia e dalla sociologia per indicare la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando inoltre le proprie risorse sul piano personale e sociale (Oliverio Ferraris, 2003). La resilienza può quindi essere considerata come la capacità di affrontare eventi stressanti, superarli e continuare a svilupparsi aumentando le proprie risorse con una conseguente riorganizzazione positiva della vita (Malaguti, 2005). Molti sono stati gli studi che hanno indagato quali fattori potessero essere protettivi, rispetto allo sviluppo di un disagio

notevole a seguito di un episodio critico, ovvero quali fattori consentissero alle persone di sviluppare la tendenza a rispondere in modo resiliente. Volendo fornirne una panoramica si può fare riferimento alla visione di Bronfenbrenner (1979), uno degli autori principali della psicologia di comunità, che ha proposto un modello ecologico fondato sull'idea che lo sviluppo del bambino fosse il risultato dell'interazione dei diversi sistemi che ruotavano intorno ad esso, in particolare del *È*, l'*exosistema* e il *macrosistema*, introducendo l'importanza della comunità e della cultura in cui il bambino si forma come fattori importanti per uno sviluppo resiliente. Con il *È* l'autore vuole sottolineare l'importanza delle relazioni familiari; altri studi che si sono concentrati su questo ambito sono quelli di Fonagy (1994) che sottolinea l'importanza dell'aver sperimentato un attaccamento sicuro ai caregivers, secondo il concetto di Bowlby; Werner (1993), che specifica come possa bastare un attaccamento sicuro ad un altro membro familiare e non solo necessariamente ai genitori. In generale, è stato visto che l'esperienza in una famiglia coesa, calda, flessibile e supportiva, nonché in grado di sostenere il proprio sistema di convinzioni sia un buon fattore protettivo (Walsh, 1998; Rolland, 1994). Flach (1988) sottolinea, invece, come la famiglia sia per sua natura dinamica e quindi possa essere soggetta a fasi di difficoltà, a punti di biforcazione e che la sua capacità di fronteggiare tali momenti possa essere considerata una buona misura della resilienza familiare. Queste fasi di biforcazione fornirebbero, infatti, alla famiglia delle potenziali opportunità di crescita, che consentirebbero al bambino di fare esperienza di flessibilità, competenza, capacità di problem solving etc.

Con il termine ecosistema Bronfenbrenner

(1979) si riferisce alla collettività, ovvero a quell'insieme di sistemi a cui il bambino non appartiene direttamente, ma che comunque influenzano la sua vita, sistemi quali le reti sociali, la scuola, l'ambiente lavorativo o associativo delle figure di riferimento.

Questi sistemi divengono particolarmente rilevanti qualora l'ambiente familiare non si riveli sufficientemente supportivo per le caratteristiche del bambino. Come sottolinea Gilligan (1997), infatti, anche l'attaccamento a dei pari può essere un utile fattore protettivo, così come specificherà Werner (1993), la presenza di almeno un adulto significativo, non necessariamente appartenente al nucleo familiare, che abbia creduto nel ragazzo ed in cui questi si sia potuto identificare. Altri autori identificano come fonti di resilienza la possibilità di essere inseriti all'interno di reti sociali (Rutter, 1979), di ricevere sostegno dalle amicizie (Brooks 1994), di poter essere supportati attraverso il confronto con altri in gruppi di condivisione (Spiegel, 1993). Garbarino (1992) sottolinea come il ruolo positivo del sostegno sociale possa essere considerato tale quando vi sia la presenza di un contesto ricco di relazioni formali ed informali accessibili, di offerte culturali, di servizi sociali ed educativi all'interno dei quali sia possibile condividere un progetto, e di un ambiente che rispetti l'equilibrio uomo-natura.

Con il termine *macrosistema* Bronfenbrenner intende il contesto culturale e politico all'interno del quale il bambino si forma, comprensivo delle politiche sociali, delle leggi per la tutela dell'infanzia e dei diritti umani. Questo livello comprende anche i valori e le attitudini culturali che influenzeranno il grado di resilienza del singolo, secondo Cohler, infatti, la resilienza non può essere compresa solo alla luce dell'interazione tra sviluppo psicologico e avversità, ma come determi-

nata dai fattori culturali all'interno dei quali avviene lo sviluppo (Cohler, 1987). Ne segue che la resilienza, per come viene definita in occidente, non potrebbe essere applicata ad altre culture, ognuna delle quali avrà un suo modo peculiare e specifico di leggere la sofferenza e di reagirvi. Solo a titolo esemplificativo basti pensare che la resilienza in occidente rimanda a valori quali l'autonomia, l'autostima e la self-efficacy, mentre in un paese Asiatico prevarrebbero valori legati all'interdipendenza, l'armonia, la vita collettiva, o includere altri fattori di protezione che in una società occidentale potrebbero essere visti come fattori di rischio.

## IL RUOLO DELLE RELAZIONI

Alla luce dei contributi degli autori fino ad ora citati, appare evidente che sia il concetto di trauma che quello di resilienza non possano essere considerati avulsi da un contesto sociale e dalle relazioni in esso inserite. Rispetto al concetto di trauma, Williams (2009) sostiene come gli effetti più duraturi di esperienze traumatiche precoci consistano nell'erosione della fiducia di base nelle relazioni e nel conseguente senso di precarietà e frammentarietà della propria esistenza personale. Le relazioni sono quindi il contesto privilegiato in cui è possibile si sviluppi un trauma o venga comunque minata in modo talmente profondo la fiducia di base da predisporre il singolo ad una grande vulnerabilità. Essa lo renderà potenzialmente più propenso, di fronte ad eventi avversi, a reagire sviluppando un'estrema sofferenza e disturbi psicopatologici. A tal proposito, nel *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) elaborato recentemente dall'American Psychoanalytic Association e da altre associazioni psicoanalitiche americane, non solo viene ampliata la gamma diagnostica dei

disturbi correlati al trauma (andando oltre la diagnosi classica di PTSD fino ad includere altre forme di disturbo affettivo, comportamentale, della regolazione emotiva e delle funzioni somatiche) ma si considera anche che i traumi, specialmente se prolungati e vissuti in età precoce, possano strutturarsi come “organizzazioni mentali” caratterizzati da specifiche emozioni (rabbia, senso di colpa, impotenza, vergogna), credenze patologiche, specifici stili di relazione, difese (la cui più drammatica è la dissociazione), modalità di regolazione affettiva e specifici deficit del funzionamento mentale (assenza di simbolizzazione, espressione e differenziazione degli stati emotivi, marcata inibizione delle funzioni riflessive). Williams (2009) sottolinea come l’insieme dei progressi rispetto al concetto di trauma ha oggi permesso di abbandonare le visioni del passato, cui si è accennato nell’articolo, che oscillavano tra definizioni oggettivanti che facevano coincidere il trauma con eventi esterni specifici (abusi sessuali, eventi naturali, perdita di un congiunto etc.) e definizioni soggettivistiche che potevano portare a considerare potenzialmente traumatico qualunque evento di vita. Ci si starebbe orientando oggi, grazie anche alle scoperte sulla neuropsicologia della memoria e della dissociazione, verso una *definizione funzionale di trauma*. Questa definizione pone alla base dell’esperienza traumatica *“l’impossibilità di elaborare le componenti emotive e cognitive di un evento a causa dell’impatto disorganizzante che esso esercita sul sistema di risposta allo stress e di adattamento comportamentale alla minaccia ambientale incombente”* (Williams, 2009, p. XXVI). Questa specificazione della definizione di trauma ha tratto spunto dagli studi eseguiti da Seligman, negli anni 70, sugli animali e successivamente sull’es-

sere umano. Basandosi sui risultati ai propri esperimenti, Seligman (1975) poté circoscrivere l’essenza dell’esperienza traumatica nell’impossibilità di fronteggiare un pericolo o una forte frustrazione potendo agire sull’ambiente esterno. Gli studi successivi hanno fatto luce sul fatto che la condizione d’impotenza (*helplessness*) coincide con uno stato di totale perdita di controllo oltre che comportamentale anche affettivo e cognitivo, in presenza del flusso delle emozioni e degli stimoli sensoriali associati ad uno stress acuto e alla constatazione dell’impossibilità di modificare tale situazione e di sottrarsi ad essa (sensazione di *inescapability*). Un aspetto che è stato approfondito della sensazione di *inescapability* è che viene spesso mediata da valutazioni soggettive, questo può indurre le persone che hanno vissuto esperienze traumatiche a sperimentare, oltre che impotenza, vergogna, qualora si trovino nell’impossibilità di impedirsi di vivere un’emozione connessa all’evento originario (Hermann, 1992). Williams (2009) ritiene che alla luce di queste osservazioni, si possa definire il trauma come *“un’esperienza dove si ha la sensazione angosciata e spesso umiliante di avere perso la possibilità di ristabilire la sicurezza e il controllo, facendo conto su di sé e su una figura di riferimento”* (pag. XXVI). A suo avviso, la valenza intrinsecamente relazionale del trauma è ben descritta dal termine inglese *helpness*, che è stato tradotto in italiano come “impotenza”, ma che rimanda etimologicamente ad un altro significato che è quello della mancanza di aiuto, un aiuto che può venire, appunto, dall’esterno. Ne deriva una sensazione intima di perdita di connessione con le figure di riferimento, d’impossibilità di sollecitarne una risposta di aiuto, questo sembra essere uno dei fattori cardine dell’esperienza trau-

matica. Insieme alla vergogna già citata, il sentimento di abbandono sembra costituire, infatti, una sensazione comune a tutte le persone traumatizzate, come sottolinea anche Lebigot (2011), aggiungendo che spesso questo senso di abbandono si traduce in una serie di comportamenti che fanno sì che la persona si faccia allontanare dagli altri, in un circuito riflessivo che porta sovente a separazioni coniugali, perdita di lavoro, amici e parenti, paradossalmente proprio nel momento in cui l'individuo avrebbe più che mai bisogno della loro vicinanza. Altri fattori, che possono portare chi ha vissuto un trauma a isolarsi, sono la vergogna ed il senso di colpa per ciò che hanno vissuto e per non essere stati in grado di proteggersi dall'evento, o di proteggere qualcun altro, oppure ancora, per l'incapacità di controllare le proprie emozioni, i propri comportamenti nel periodo successivo all'evento, arrivando spesso a giudicarli irrazionali ed eccessivi. Se a questi disagi si aggiunge il fatto che può succedere, in base alla tendenza già citata della "colpevolizzazione della vittima", che una persona si percepisca in qualche modo giudicata o biasimata per ciò che le è occorso, è ancora più chiara questa tendenza all'isolamento. Se è vero quindi che l'instaurarsi di un "trauma" è legato anche all'assenza di sostegno percepita nel momento più critico e che la resilienza si sviluppa primariamente in contesti relazionali, se ne può dedurre che "la cura" più efficace per chi ha vissuto eventi destabilizzanti non possa prescindere dalla relazioni. Tuttavia bisogna chiedersi: quali tipi di relazioni sono utili e necessarie in questi frangenti? Di fondamentale importanza sono le relazioni che si possono instaurare nei primissimi momenti successivi all'evento potenzialmente traumatico, fattore che era già stato riconosciuto come utile durante

la prima guerra mondiale. Da allora gli studi psicologici (ed in particolare il ramo della psicologia dell'emergenza) hanno approfondito e validato scientificamente un insieme di buone prassi che possono essere utilizzate efficacemente da chiunque operi in contesti di emergenza per fornire aiuto a persone in grave difficoltà (operatori della Protezione Civile, della Croce Rossa, dei Vigili del Fuoco, delle organizzazioni di volontariato e di altre organizzazioni che prestano aiuto e soccorso in situazioni di emergenza). Le prassi del primo soccorso psicologico possono essere utilizzate solo da professionisti e volontari che sono stati formati per utilizzarle.

Gli obiettivi principali di questo primo soccorso sono (Caffo, Forresi, Scrimin, 2010):

- Stabilire un contatto umano in un modo non intrusivo ed empatico.
- Favorire la sicurezza a breve e a lungo termine, offrendo conforto fisico ed emozionale.
- Calmare e orientare sopravvissuti che siano sopraffatti dalle emozioni o sconvolti.
- Aiutare i sopravvissuti a raccontare le loro specifiche preoccupazioni e i bisogni più urgenti.
- Offrire assistenza pratica e informazioni per aiutare i sopravvissuti ad affrontare le preoccupazioni e i bisogni immediati.
- Riconnettere quanto prima i sopravvissuti alle reti di supporto sociale, inclusi membri della famiglia, amici, vicini e altre fonti di aiuto presenti nella comunità.
- Supportare processi di adattamento positivo, riconoscere gli sforzi fatti e le competenze; rafforzare i sopravvissuti; incoraggiare adulti, bambini e famiglie ad assumere un ruolo attivo nel percorso di recupero.
- Fornire informazioni che possano aiutare i sopravvissuti ad affrontare efficacemente

l'impatto psicologico del disastro.

- Essere chiari circa i termini della propria disponibilità riconnettendo, laddove opportuno, il sopravvissuto ad un collega o ai servizi socio-sanitari presenti a livello territoriale.

Ognuno dei punti sopra menzionati meriterebbe un approfondimento specifico per cui si rimanda ai testi sull'argomento. Ciò che si desidera qui sottolineare è l'importanza dell'aiutare le persone a riconnettersi in modo rapido ed efficace con le proprie reti di appartenenza. Questa prassi risulta particolarmente importante nei casi di emergenza che coinvolgano non un singolo, ma interi gruppi di persone (es. grandi incidenti, calamità naturali, guerre etc.). In questi casi, la logica d'intervento dello psicologo dell'emergenza si discosta dal fare "psicoterapie del trauma" in un setting diadico, perché la psicologia dell'emergenza si fonda su una serie di premesse psicosociali, gruppal e comunitarie, le cui declinazioni cliniche sono focalizzate sul "riconnettere" gruppi e relazioni, sostenere processi di "empowerment sociale" (Fenoglio, 2001).

Per riprendere le parole di Pezzullo (2009): *"In termini generali, l'emergenza è un processo la cui caratteristica fondamentale è la sua capacità di "scindere e separare": scindere l'esperienza biografica del singolo, tra un "prima ed un dopo"; scindere la struttura psicologica, tra una parte sana ed una parte "patologica" (traumatizzata, lesionata, dissociata e dissociante); scindere la dinamica del nucleo familiare, separando i membri vivi e quelli morti, tra coloro che rimangono "cristallizzati" e coloro che "procedono"; scindere e dividere l'esperienza comunitaria, come evento segnatempo, come evento che colpisce differenzialmente un "noi" (del paese, del quartiere, della frazione)*

*rispetto ad un "voi" (dell'altro paese, dell'altro quartiere, dell'altra frazione). (...) Ma, se è luogo della sofferenza e della criticità, la dimensione gruppal e in emergenza diviene simmetricamente anche luogo del caring, dell'elaborazione, della rappresentabilità del non-dicibile o non-sperimentabile a livello individuale"* (pag. 5-6).

Pezzullo sottolinea bene la necessità di promuovere interventi a livello comunitario-gruppal e, che possano facilitare l'instaurarsi di nuove reti relazionali o ripristinare quelle esistenti nel momento antecedente l'emergenza. Attraverso la condivisione all'interno di questi gruppi sarà infatti possibile per il singolo una prima fondamentale elaborazione di ciò che è avvenuto. Nel gruppo, ogni persona potrà riuscire a dar voce all'inesprimibile, sentire che le proprie emozioni e i propri comportamenti sono comuni ad altre persone, attenuando così il senso di vergogna che la spingerebbe all'isolamento. Nel gruppo vengono favoriti il mutuo soccorso e il sostegno reciproco, sia psicologico che per urgenze di tipo pratico, attenuando così il senso dell'abbandono. Nel gruppo, infine, è possibile riuscire attraverso l'integrazione delle diverse narrazioni, ad attribuire un significato all'evento vissuto, passaggio che, come sottolinea Antonovsky (1980; 1987) è fondamentale ai fini di poter integrare l'evento all'interno di una dimensione più ampia. Le dinamiche gruppal e, soprattutto in contesti di emergenza, possono tuttavia anche essere terreno in cui si sviluppano atteggiamenti e visioni disadattive, per il singolo e la collettività. Se è vero, infatti, che *"l'emergenza è l'irruzione del caos destrutturato e destrutturante in un cosmo ordinato ed ordinante"* (Pezzullo, 2012), e diviene impellente il desiderio di ripristinare un senso di cosmo, ne deriva che possano essere

facilitati in gruppo fenomeni di polarizzazione del pensiero. Essi, procedendo per euristiche, possono imboccare sentieri che evolvono nella direzione della paranoia, della ricerca di un capro espiatorio, dell'astiosa recriminazione. Tali fenomeni potrebbero portare a un'idealizzazione acritica del gruppo di appartenenza, per favorire la coesione del quale potrebbero venire sacrificate le differenze individuali e ad una chiusura verso l'esterno. Ancora, può avvenire ciò di cui ci mette in guardia Williams (2009), che la rielaborazione collettiva di un evento traumatico possa portare i membri di una collettività a percepirsi come vittime assolute, creando le premesse per la legittimazione di rappresaglie e vendette, tristemente note negli ambiti di emergenza bellica. Per scongiurare questi pericoli e facilitare invece le enormi potenzialità terapeutiche dei gruppi, sarebbe consigliabile la presenza di psicologi preparati a supportare e facilitare dinamiche di condivisione positiva nell'ottica della resilienza. Da questo punto di vista, Foulkes (1976) sottolinea come un professionista preparato ad avere una visione gruppale (e sistemica) sia un elemento di assoluta centralità per la comprensione (e aggiungiamo facilitazione) adeguata delle complesse processualità psicosociali tipiche delle situazioni di emergenza. L'attenzione a non creare la cristallizzazione del concetto di "vittima" deve essere posta anche dai professionisti che svolgano sostegno individuale a persone che hanno vissuto un evento potenzialmente traumatico (Sbattella, 2012). In alcuni casi, la rielaborazione a livello collettivo può non essere possibile o risultare insufficiente. Può essere utile allora la relazione con un clinico che possa fornire sostegno psicologico all'interno di un contesto terapeutico. Non è nostro scopo entrare nella diatriba rispetto a quale

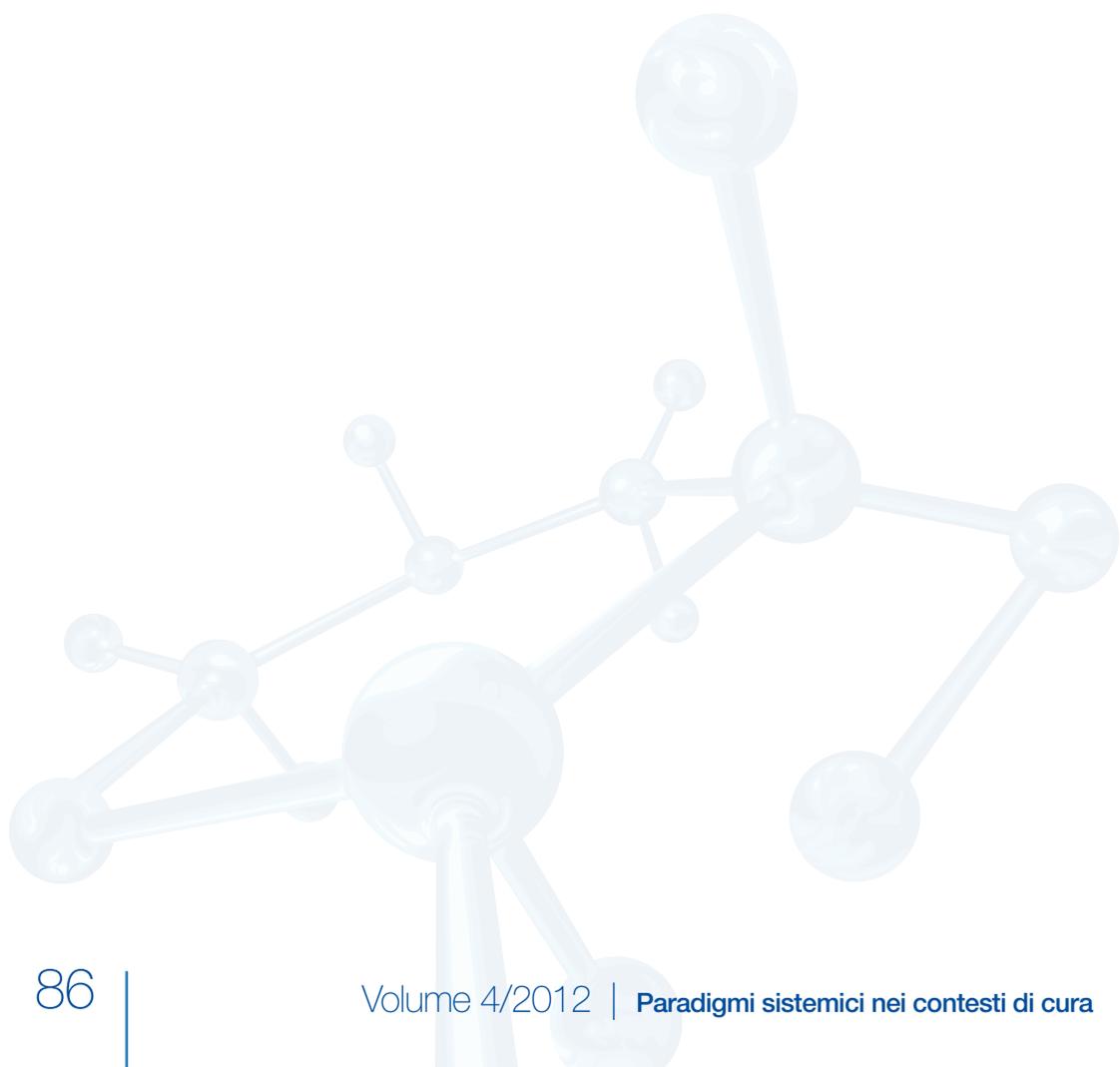
tipo d'intervento individuale sia più indicato per queste situazioni, piuttosto sottolineare quanto è ormai appurato dai professionisti del settore: indipendentemente dall'approccio praticato, dalle premesse teoriche cui si fa riferimento e dalle metodologie d'intervento, il fattore (o meglio, il meta fattore) più importante per il cambiamento in terapia è la relazione che si instaura tra i professionisti e le persone in difficoltà; in definitiva, è la relazione interpersonale che cura. Una relazione grazie alla quale è possibile liberare, ripristinare e potenziare parallelamente, altre relazioni significative nel gruppo sociale.

Concludendo, se consideriamo che tra gli elementi cardine dell'instaurarsi di un trauma vi sono forti componenti relazionali, se accettiamo l'idea che tali fattori siano determinanti anche nel mantenere il disagio e la sofferenza, se riteniamo dimostrato che i fattori protettivi propri della resilienza non possono prescindere dalle relazioni, si può sensatamente concludere che la "cura" di un trauma non possa avvenire al di fuori di un contesto relazionale. Una relazione calda ed empatica, all'interno di un setting terapeutico classico e anche in setting più allargati, costituiti da un insieme di reti entro le quali la persona è inserita. Nei casi in cui ci si voglia accostare professionalmente ad individui o a comunità che stanno attraversando un momento di crisi, compito delle équipe psicologiche sarà quindi quello di ricreare, mantenere, potenziare relazioni entro le quali le emozioni legate all'evento possano essere verbalizzate e condivise. Questo affinché singoli e gruppi possano liberarsi dal trauma e riuscire ad attribuire significato agli eventi, riprendere la propria vita, guadagnando una maggiore capacità di resilienza che potrà aiutarli a fronteggiare anche le eventuali difficoltà future.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: JosseyBass.
- Boraschi A. (2012). *Greenpeace: "Morti per alluvione, vittime del caos climatico"*, frammenti di intervista pubblicata il 14 Novembre 2012. Rintracciato il 1 dicembre 2012 su <http://www.ilcambiamento.it/clima/Greenpeace>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Brooks, R.B. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64.
- Caffo, E., Forresi, B., e Scrimin, S. (Eds.) (2010). *Primo soccorso psicologico. Guida all'operatività sul campo*. Milano: Guerini e Associati.
- Charcot, J. M. (1885). *Lezioni alla Salpêtrière*, Civita A. (ed. 1998), Milano: Guerini e Associati.
- Cicchetti, D., Cohen, D. (1996). *Developmental Psychopathology*. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ. In Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Varese: Raffaello Cortina Editore.
- Codillac, (de) E.B. (1754) *Trattato sulle sensazioni*. In Viano, C.A., Viano, G. (a cura di) (1976), *Opere*, Torino: Utet.
- Cohler, B. J. (1987). *Adversity, resilience, and the study of lives*. In James, A. E. (Eds), *The invulnerable child* (pp. 363-424). New York : Guilford Press.
- Crocq, L. (2012). Il trauma, storia di un concetto e del suo significato. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, vol. 9 pag. 6-21.
- Damaye, H. (1917). Fonctionnement d'un Centre psychiatrique d'Armée. *Progres Medical*, 32.
- Devoto, G. (1971). *Devoto-oli: Vocabolario della lingua italiana*. Milano: Mondadori.
- Flach, F. F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at time of stress*. New York: Ballantine.
- Ferenczi, S. (1919). *Psychanalysedesnévrose de guerre*, in *Oeuvres complete*, Payot, Paris, 1974, vol.3; tr.it. *Psicoanalisi delle nevrosi di Guerra*, in *Opere* vol. 3 (ed. 1992). Milano: Raffaello Cortina.
- Fenoglio, M.T. (2001). *Psicologi di Frontiera: la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*. Trento: Psicologi per i Popoli.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-257.
- Foulkes, S.H. (1973). *Il gruppo come matrice della vita mentale individuale*. Trad. it. in: Wolberg et al., *Terapia di gruppo*, Il pensiero scientifico, Roma, 1974. In Pezzullo, L. (2009) *Dimensioni gruppal dell'intervento psicologico in emergenza: l'esperienza dell'Abruzzo*, *Gruppi*, n.3
- Freud, S. (1896). Nuove osservazioni sulle nevrosi da difesa. In *Opere* vol. 2 (ed. 1968). Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. In *Opere* vol. 10 (ed. 1978). Torino: Boringhieri.
- Friedman, M. J. (2000). A guide to the literature on pharmacotherapy for PTSD. *PTSD research Quarterly*, 11.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., Pardo, C. (1992). *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Josey-Bass Inc. Publishers.
- Gilligan, R. (1997). Beyond permanence? The importance of resilience in child placement practice and planning. *Adoption and Fostering*, 21(1), 12-20.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, pp.377-391.
- Howe, M., Goodman, G., Cicchetti, D. (2008). *Stress, Trauma and Children's Memory Development. Neurobiological, Cognitive, Clinical, and Legal Perspectives*. New York: Oxford University Press. In Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Varese: Raffaello Cortina Editore.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lebigot, F. (2011). Stress e Trauma: Relazione presentata alla seconda edizione delle Giornate siciliane di psicotraumatologia, Piazza Armerina, 21-22 maggio 2011. *Rivista di*

- Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, n.9, ottobre 2012.
- Lerner, M. J. (1980). *The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion*. New York: Plenum Press
  - Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento: Edizioni Erickson.
  - Oliverio Ferraris, A. (2003). *La forza d'animo*. Milano: Rizzoli.
  - Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlino: Hirschwald.
  - Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *ICD-10 International Classification of Diseases*. Rintracciato il 12 novembre 2012 su <http://www.reteclassificazioni.it>.
  - PDM Task Force. (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. It. (ed. 2008) Milano: Raffaello Cortina.
  - Page, H. W. (1883). *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesion and Nervous Shock in their Surgical and Medico-Legal Aspects*. Londra: Churchill.
  - Pezzullo, L. (2009). Dimensioni gruppali dell'intervento psicologico in emergenza: l'esperienza dell'Abruzzo. Gruppi, n. 3
  - Pezzullo, L. (2012). Reti in emergenza? Laboratorio Didattico tenuto il 22 settembre 2012 al Campo annuale di Psicologi per i Popoli presso Marco di Rovereto, Trento.
  - Ryan, W. (1976). *Blaming the Victim*. New York: Vintage Books.
  - Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent, J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology* (Vol. Social Competence in Children, pp. 349-379). Hannover: University press of New England.
  - Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
  - Salmon, T.W. (1917). The care and treatment of mental disease and war neuroses ("Shell Shock") in the British Army. *MentalHygiene*, 1, 509-547.
  - Sbattella, F. (2012). I vissuti delle vittime in emergenza: la formazione tra spiegazione e comprensione. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, Vol 8. p. 32-44.
  - Sbattella, F. (2010). La resilienza: capacità o processo? Il contributo della psicologia. In P. Di Sabato, E.Viscardi (a cura di), *Resilienza: oltre la tragedia e la rassegnazione*. Milano: Educatt.
  - Sbattella, F. (2009). *Manuale di Psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
  - Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L., Schreiber, S. (1996). Predictors of post-traumatic stress disorder in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
  - Seligman, M., (1975), *Helplessness: On Development, Depression and Death*. New York: Freeman Company.
  - Spiegel, D. (1993). *Living beyond Limits*. New York: Random House.
  - Strümpell, A. (1884). Über die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems, Neuroses: A Historical Note, "Int.J.Psycho-Anal.", 12.pp. 326-30. In C. Bonomi, F. Borgogno (2001). "La catastrofe e i suosimboli". Torino: UTET Libreria Srl.
  - Tettamanzi M, Sbattella F. (2011). La tutela della salute dei minori in situazioni critiche. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, vol. 5, p. 29-39
  - Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
  - Werner, E. (1993). Risk resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
  - Werner, E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children for birth to adulthood*. Itaca (NY): Cornell University Press.
  - Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Varese: Raffaello Cortina Editore.



# Lettura sistemica del lavoro in équipe

Mariastella Demasi\*

## Sommario

L'articolo intende essere una riflessione su quelle premesse fondamentali e costitutive per la formazione di un'équipe all'interno di un contesto sanitario. Ciò risponde sia ad una esigenza di tipo teorico-epistemologica che clinica.

**Parole chiave:** Équipe, Complessità, Metastruttura, Contesto

## Summary

*This article aims to be a reflection of the fundamental premises and constitutive for the formation of a team within a healthcare setting. This responds to the need for both theoretical-epistemological clinic.*

## Key words:

*Équipe, complexity, metastructure, context*

\*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata



L'a Fino agli inizi del Novecento tutte le discipline, per poter essere definite "scientifiche", dovevano necessariamente sottoporre le proprie teorie a validazione tramite metodo sperimentale. Tale metodo prevede che ogni ipotesi formulata debba essere verificata mediante evidenze empiriche di tipo sperimentale così da classificare in maniera inconfutabile i fenomeni osservati. Il metodo sperimentale ha come premesse di base: il determinismo degli eventi (per cui nulla, in natura, accade per caso), la causalità lineare del tipo causa-effetto e una concezione di realtà come qualcosa di assoluto, inconfutabile, presente all'esterno di noi che aspetta solo di essere scoperta.

Il metodo scientifico entra in crisi a causa di numerose evidenze, provenienti da diversi ambiti del sapere, che ne destabilizzano le premesse fondative, favorendo una vera e propria rivoluzione epistemologica che rientra sotto il nome di "Paradigma della Complessità" i cui nuclei concettuali riguardano:

**1 l'idea di realtà** che non è più univoca e atemporale ma è un sistema in evoluzione, dove le leggi del caso e del disordine contribuiscono alla determinazione dei processi di organizzazione del mondo. Solo una minima parte di tali processi è organizzata come sistema lineare del tipo causa ed effetto, i sistemi complessi hanno natura circolare, sono cioè caratterizzati da un numero pressoché infinito di variabili e interrelazioni, impossibili da controllare e prevedere nella loro totalità.

**2 Il rapporto tra osservatore e osservato:** le osservazioni sono il prodotto di una distinzione del tipo "figura-sfondo" operata da un osservatore, dal suo vertice di osservazione che a sua volta risulta influenzato dai modelli teorici di riferimento (Ceruti, Lo Verso, 1998). L'osservatore è dunque un co-costruttore della realtà che osserva.

**3 Idea di scientificità** che, non è più garantita dall'utilizzo di un metodo su un altro, ma, in ragione dei precedenti punti, consiste nell'esplicitazione delle condizioni e dei parametri che guidano la ricerca e le osservazioni.

Se asseriamo che non esiste un'unica verità, ma verità molteplici in relazione al vertice di osservazione, risulta evidente come l'équipe multi professionale possa rappresentare un terreno fertile per garantire la complessità.

In tal senso Telfener (2011) osserva che: *"la complessità non può stare nella testa di un'unica persona"* (pag.152).

Il lavoro in équipe consente:

- *di avere punteggiature differenti*, in relazione a ciascuna competenza professionale, sulla stessa realtà osservata (paziente), in un lavoro di continue negoziazioni di significati ed azioni (Telfener, 2011);
- *di costruire nuove ipotesi di lavoro* ed allontanare il rischio di rimanere imprigionati in costrutti predefiniti, diagnosi di tipo lineare, tecniche riduzioniste e "spiegazioni dormitive" (Bateson, 1984 pag.179);
- *di "strategizzare" un intervento sulla persona il più possibile olistico;*
- *approcci basati sulla processualità* e favorisce la responsabilizzazione delle varie figure professionali coinvolte.

Proprio per tali ragioni, l'équipe in un contesto sanitario dovrebbe prevedere (dove possibile e dove previste) il coinvolgimento di più figure professionali: medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere, operatore sociosanitario.

Il coinvolgimento di più figure professionali trova ragione nell'evoluzione del concetto di salute inteso sempre più come sintesi di svariati aspetti da considerare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) infatti definisce la salute come: *"uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e*

*non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità".*

### **L'ÉQUIPE: COME PROCESSO EVOLUTIVO**

Attualmente nella maggior parte dei contesti sanitari il personale è organizzato in équipe. Purtroppo, frequentemente, ciò si traduce nel mero assembramento di varie figure professionali, dove i diversi saperi rimangono fra loro slegati, col rischio di incorrere in dinamiche competitive, di ruolo e conflitti vari. Tale situazione rappresenta la conseguenza di almeno due preconcetti legati all'équipe:

- è "solo" un modo di operare;
- è una questione di motivazione o di appartenenza a specifici modelli teorico-professionali.

Quanto segue rappresenta invece il tentativo di incorniciare il concetto di équipe considerandolo come un "Processo": dinamico ed evolutivo dove il gruppo si configura come una "metastruttura" e lavora sul "contesto".

### **L'ÉQUIPE COME METASTRUTTURA**

L'équipe per assolvere al meglio la propria funzione dovrebbe configurarsi e imparare a pensarsi come "metastruttura", cioè come una struttura che connette altre strutture e non come semplice somma di professionalità. Pensarsi in termini di metastruttura significa utilizzare un'ottica estetica, sensibile e consapevole cioè, dell'interdipendenza e delle connessioni tra i componenti dell'équipe in "(...) una danza di parti interagenti" (Bateson 1984, pag. 27); ciò favorisce processi di pensiero, dove sentirsi e percepirsi in rapporto agli altri in funzione di un obiettivo comune.

A questo proposito, le ricerche condotte in ambito gruppo- analitico hanno evidenziato come in un gruppo si crei fisiologicamente questa "tendenza" per cui le menti individuali non solo interagiscono tra di loro, ma vanno a

determinare nel loro insieme un "sistema psichico" sovraordinato; un campo mentale che include sì l'individuo, ma lo oltrepassa, favorendo un senso di appartenenza a qualcosa che travalica la singola persona (Lo Verso, 1994).

La Telfener (2011) parla invece di "Cervello Cibernetico" definendolo come:

*"(...) l'unione di più teste, l'incontro di più persone per discutere in maniera dialettica un problema, permette di evidenziare e successivamente amplificare i diversi punti di vista, sfruttando le "differenze che fanno una differenza". Il cervello cibernetico risulta dalla formazione di una mente di gruppo che riflette costantemente insieme sul problema presentato, sfruttando le differenze tra i suoi componenti e costruendo una visione più complessa (...)" (pag.52).*

A tal proposito è importante riflettere su alcune premesse che potremmo definire come costitutive affinché l'équipe si configuri come metastruttura:

1. È importante che il gruppo abbia conoscenza e condivida dei valori e dei principi propri del Paradigma della Complessità, con particolare attenzione ai processi attraverso cui viene costruita la conoscenza sia sul piano epistemologico che clinico.
2. Riconoscersi come gruppo e abbandonare una visione gerarchica dei ruoli per condividere una progettualità dove il comportamento, le idee di ciascuno costituiscono informazione per gli altri, producono la possibilità di nuove connessioni e nuove idee. A tal proposito risultano molto utili attività di meta riflessione del gruppo e sul gruppo; questo processo è facilitato quando si ha il coinvolgimento di un osservatore esterno, un supervisore che funga da contenitore e da stimolo del lavoro collettivo.

3. Lavorare e cooperare in funzione di un obiettivo con la consapevolezza dell'impossibilità di raggiungere la medesima finalità individualmente. Imparare a negoziare le proprie posizioni e differenze, in un'ottica di curiosità, creatività e apertura ai nuovi apprendimenti.
4. Pensare all'èquipe come a un processo che ha bisogno di continue revisioni come un processo ecologico simile a quello attivato da un individuo che stia abbattendo un albero con un'ascia, che deve correggere ogni colpo a seconda dell'incattatura lasciata dal colpo precedente" (Bateson 1984).

Alcune di queste premesse rientrano nell'attività di "team building", molto utilizzate nell'ambito delle risorse umane allo scopo di ottenere il massimo in termini di performance dai propri dipendenti. Per raggiungere tali obiettivi vengono proposte diverse attività: formative, ludiche, esperienziali o di benessere, il cui scopo è la formazione di un senso di appartenenza e coesione al gruppo di lavoro.

### L'ÈQUIPE COME CONTESTO

"Contesto" non è solo un luogo fisico ma, *"(...) interazioni organizzate da regole, ruoli, aspettative e funzioni costruite dai partecipanti all'interazione, in uno spazio e in uno scambio semantico"* (Telfener 2011 pag.36). Pensare all'èquipe in termini di interazioni impone una profonda riflessione sulla possibilità/necessità di costruire il contesto relazionale talché l'èquipe possa assolvere al meglio il compito per cui è costituita. Sulle prime la questione "interazioni all'interno del gruppo" potrebbe apparire come il risultato della convergenza di aspetti personali o di compatibilità caratteriali. Tale questione assume invece una nuova co-

loritura nel momento in cui, secondo una prospettiva sistemica, il comportamento viene letto come il prodotto di una relazione: *"non ha senso parlare di dipendenza di aggressività o di orgoglio e così via, tutte queste parole affondano le loro radici in ciò che accade tra una persona e l'altra, non in qualcosa che sta dentro una sola persona"* (Bateson pag. 179).

Non si tratta di appiattire la complessità di ogni individualità ma di enfatizzare il fatto che essere e sentirsi parte di un gruppo può favorire la possibilità di stabilire "livelli" di interazione che travalicano le singole individualità.

In questi termini, possiamo parlare di èquipe come contesto relazionale in continua evoluzione, per tale motivo, anche il conflitto diventa parte integrante e naturale di tale processo *"(...) in quanto parte della contrattazione di un'interazione, possibilità di far entrare informazioni e di trovare posizioni diverse all'interno del sistema stesso"* (Telfener, 2011 pag. 59).

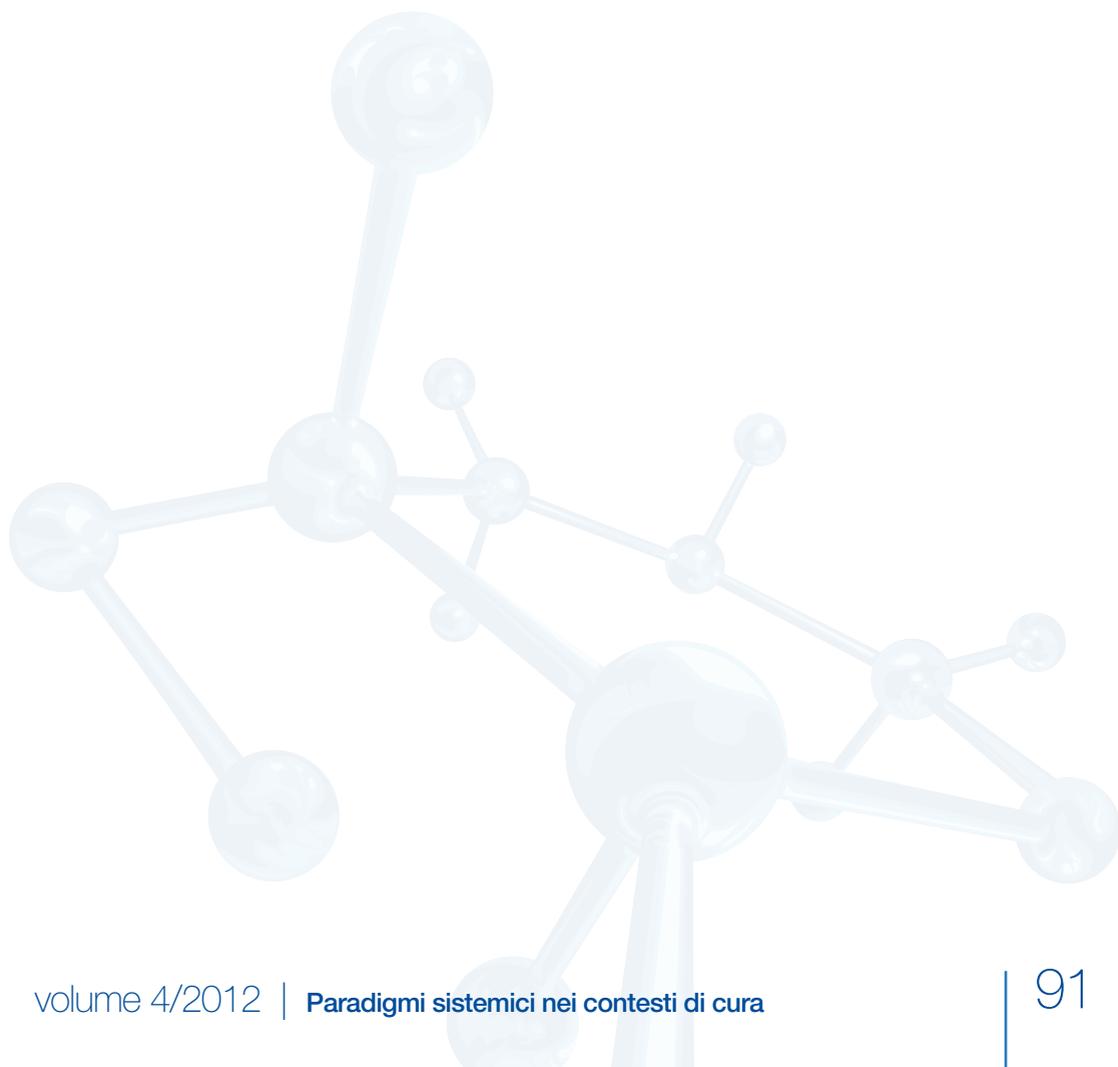
Rispetto alla qualità delle interazioni possiamo individuare una serie di premesse fondamentali:

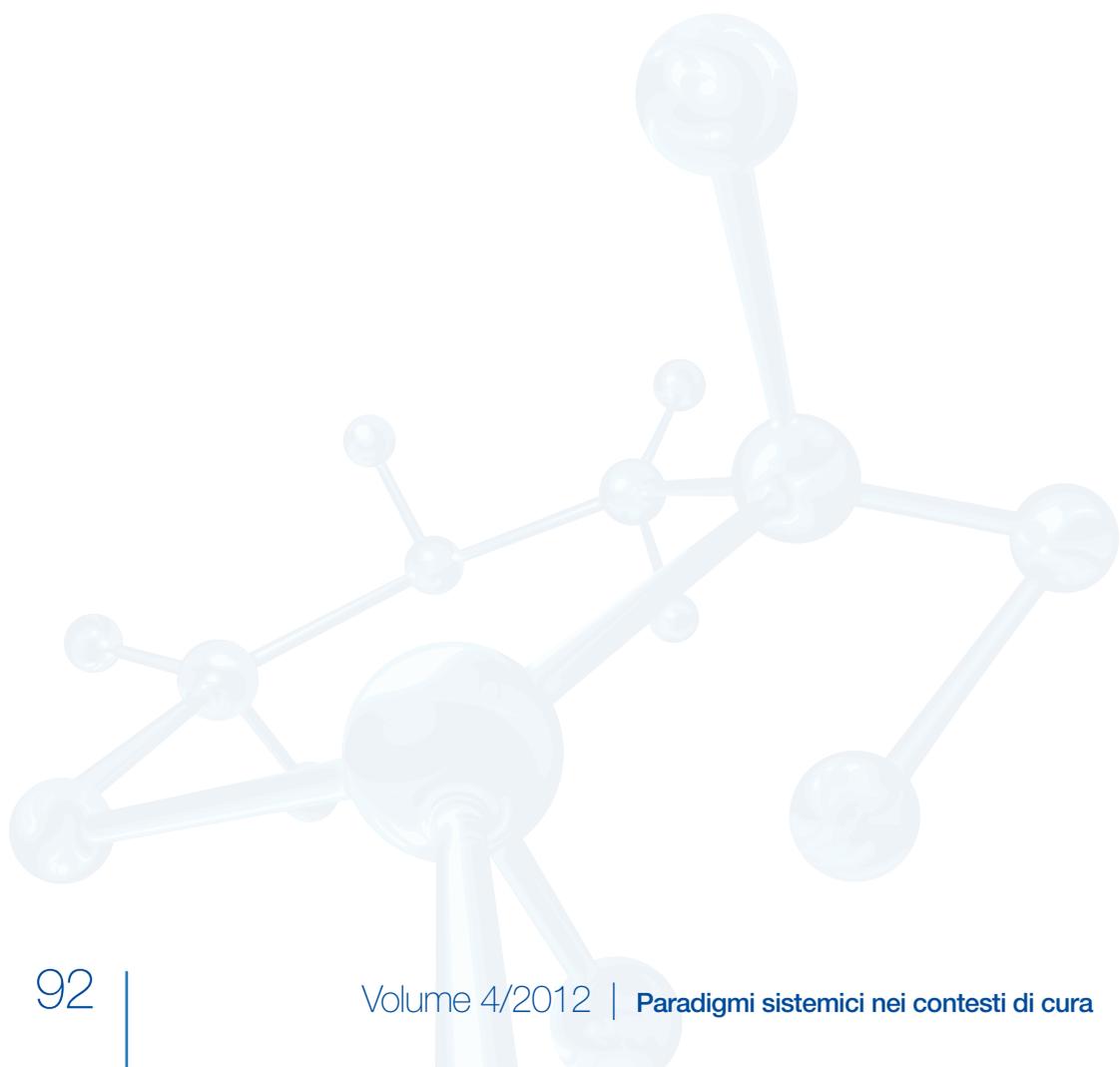
1. La principale tra queste attiene con la creazione di un clima di fiducia e rispetto reciproco, dove vige la regola esplicita del non giudizio professionale e ben che meno personale.
2. Atteggiamento di responsabilità rispetto ai propri doveri e alle regole presenti del gruppo. Occorre enfatizzare l'importanza di porsi in un'ottica di complementarietà di punti di vista accogliendo anche i momenti di confusione (Telfener 2011).
3. Garantire accogliimento e rispetto ai vari vissuti emozionali, stare cioè in risonanza o, come indica la Telfener (2011), fare "joining" intendendo con tale termine la capacità di connettersi, trasmettere mes-

saggi di aggiustamento reciproco così da favorire la rassicurazione, il riconoscimento la convalida reciproca.

### **Bibliografia**

- Ceruti, M., Lo Verso, G. (1998). *Epistemologia e Psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Lo Verso, G. (1994). *Le Relazioni Soggettuali. Fondazione Della Psicologia Dinamica e Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri





## **“Le parole che curano”**

# **La terapia di gruppo con soggetti tossicodipendenti e i gruppi di auto-aiuto come risorsa per le loro famiglie.**

*Miriam Ragazzi\**

### **Sommario**

Il contributo, ispirato dalla diretta esperienza dell'autrice in tirocinio, descrive il percorso terapeutico affrontato in comunità da soggetti tossicodipendenti e parallelamente, quello dei loro genitori all'interno di gruppi di auto aiuto.

### **Parole chiave:**

Follow up, valutazione, processo relazionale, riflessività, cambiamento

### **Summary**

*The contribute, inspired by the direct experience of the author, describes the therapeutical training faced in the community by the subjects who assume drugs and, at the same time, that of their parents inside the self-aid groups.*

### **Key words:**

*Drug Addiction, Therapeutic Community, Group therapy, Selfhelp groups*

\*1 anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

## INTRODUZIONE

Perchè si diventa dipendenti? Quando nascono le comunità terapeutiche? Quali interventi vengono messi in campo per le persone tossicodipendenti e le loro famiglie? Quali i vissuti degli operatori che lavorano in questo ambito?

Queste ed altre domande sono sorte durante la mia esperienza di tirocinio presso una comunità terapeutica nel piacentino.

Partendo da una panoramica generale per poi arrivare al particolare del racconto della mia esperienza, il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere il percorso che genitori e figli consumatori si accingono ad avviare in parallelo nel momento in cui la situazione viene percepita come problematica da entrambe le parti.

## DIPENDENZA, CRAVING: QUALI MOTIVAZIONI?

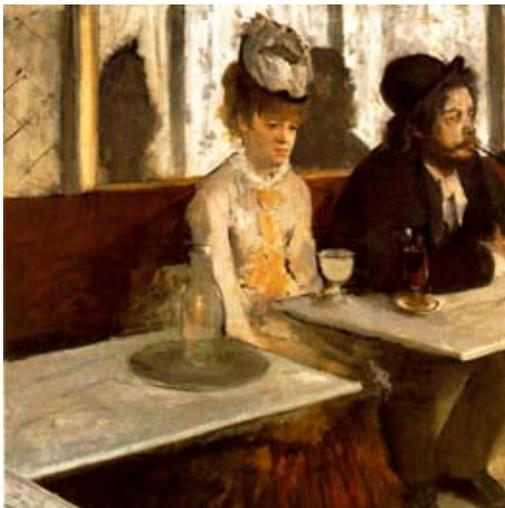


Figura 1 - Edgar Degas (1875) L'assenzio

La ricerca di sostanze o la messa in atto di comportamenti in grado di rendere più efficienti le prestazioni sia intellettuali sia fisiche è legata al desiderio di superare i propri limiti o l'angoscia sperimentata nelle diverse fasi

evolutive del ciclo di vita. Questa ricerca è caratteristica della condizione umana e non necessariamente porta ad una condizione patologica di dipendenza.

L'instaurarsi di una dipendenza è l'esito di un processo complesso in cui hanno un peso rilevante aspetti cognitivi, emozionali, motivazionali, influenze sociali e familiari.

Secondo il DSM IV TR la dipendenza è una modalità patologica d'uso della sostanza che produce un disagio clinico causato dalla presenza contemporanea, nell'arco di 12 mesi, di almeno tre dei fattori seguenti:

- tolleranza: servono dosi sempre maggiori per ottenere lo stesso effetto;
- astinenza: ricerca della sostanza per alleviarne i sintomi;
- tentativi infruttuosi di ridurne o controllarne l'uso;
- grande quantità di tempo spesa per procurarsi la sostanza e riprendersi dai suoi effetti;
- interruzione delle attività sociali e/o lavorative;
- uso continuativo della sostanza, nonostante la consapevolezza di avere un problema.

Secondo Manna e Ruggiero (2001) la dipendenza patologica, per sua natura, è molto complessa e le problematiche cliniche ad essa connesse sono riconducibili, sostanzialmente, a tre fattori:

- il tipo e le caratteristiche della sostanza d'abuso;
- l'organismo assuntore;
- l'interazione complessa tra sostanza ed organismo in un determinato contesto socio-ambientale.

I criteri fissati dal DSM ricalcano in parte quelli precedentemente fissati dall'ICD 10 dove, però, vengono sottolineati il senso di urgenza e l'ossessività nel ricercare la sostanza.

*“Entrambi i sistemi diagnostici”, secondo Campione e Nettuno (2007), “non definisco precisamente il concetto di “addiction”, espressione che rimane difficile tradurre in italiano” (p.31). La radice del termine deriva dal latino “addictus”, che era lo “schiavo per debiti”, quindi richiama sicuramente l’idea della schiavitù, dell’essere in balia di qualcuno o qualcosa.*

Nell’ambito psicofarmacologico con “addiction” si intende un comportamento compulsivo nell’assicurarsi la sostanza connesso ad un’alta tendenza alla ricaduta dopo la sua interruzione, mentre la dipendenza è lo stato fisiologico prodotto dalla sostanza per prevenire la sindrome d’astinenza. Il concetto di addiction, se non correlato strettamente alle sostanze, accomuna quindi il gioco d’azzardo, la dipendenza dal lavoro, dal sesso, da internet; in realtà ciò che definisce la dipendenza è la peculiare relazione tra il soggetto e l’oggetto. I comportamenti di dipendenza sono accompagnati dal craving, che sembra essere il comune denominatore delle dipendenze patologiche. Come sostengono Manna e Ruggiero (2001) *“il craving viene associato ad un ampio spettro di condizioni psico-patologiche che spaziano dai disturbi mentali organici ai disturbi dell’umore, ai disturbi dell’alimentazione, ai disturbi del controllo degli impulsi, ma il campo in cui viene maggiormente studiato è la clinica delle dipendenze patologiche”* (p.7). Secondo gli Autori il concetto comprende un duplice aspetto: una componente tesa alla ricerca ossessiva dell’oggetto/comportamento fonte di gratificazione e un’altra tesa all’allontanamento di stimoli aversivi. Questo concetto, traducibile come “appetizione patologica” è assai complesso, racchiude in sé riferimenti alle componenti neurovegetative, emotive, di ideazione cognitiva e di attivazione compor-

tamentale ed è per questo che già nel 1955 l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) propose di non usare questo termine in ambito scientifico in quanto fonte di confusione.

Non tutte le forme di dipendenza coincidono con forme di craving: la dipendenza probabilmente va situata su di un continuum dal normale al patologico. Perché allora una persona può svilupparla? Alla droga è attribuita la funzione di fornire risposte, per lo più immediate, ai bisogni e desideri personali. Una droga può essere assunta:

- per modificare o alterare stati di coscienza;
- per sperimentare sensazioni intense o inusuali;
- per rendere più intense le relazioni con gli altri favorendo comportamenti maggiormente disinibiti;
- per alleviare stati emotivi o negativi;
- per produrre sentimenti di autoefficacia ed un maggior senso di controllo personale;
- per fronteggiare disparate esperienze di disagio o specifici compiti di sviluppo (nello studio, nel lavoro).

Se la sostanza risponde a bisogni così diversi la motivazione sottostante alla sua ricerca va allora compresa considerando la storia personale di ognuno ed il suo rapporto con l’ambiente che lo circonda.

Secondo Cristofani (2012) *“il ricorso alla sostanza, più che come un fenomeno, è descrivibile come un processo che segue tre fasi:*

- **FASE PREPARATORIA:** *se una persona decide di assumere sostanze deve aver sviluppato un orientamento favorevole al consumo, per lo meno in quel momento. I significati che possono essere attribuiti alla sostanza variano da persona a persona e anche nelle diverse fasi della vita, ma non si può credere che l’assunzione sia imputabile solo a processi imitativi (ad es: il gruppo dei pari);*

- **FASE DI CONTATTO:** *l'esperienza vissuta concretamente permette alla persona di valutare l'entità degli effetti sperimentati operando un confronto con le aspettative precedenti al consumo;*
- **FASE DI STABILIZZAZIONE:** *se il soggetto sceglie di persistere dovrà apprendere da persone più esperte la tecnica migliore per assumere la sostanza producendo gli effetti desiderati, diventando capace di discriminare tali effetti quando si verificano e di metterli in rapporto all'assunzione della sostanza" (p.16).*

Se l'uso si stabilizza grande rilevanza hanno i rinforzi ottenuti dagli altri significativi nei contesti di consumo e la facilità o meno che si ha nel procurarsi la sostanza. La letteratura indica che il rischio di diventare tossicodipendente è tanto maggiore quanto più precocemente il soggetto ha iniziato un consumo regolare, quanto più sottovaluta i rischi del consumo e sopravvaluta le proprie capacità di controllo, quanto più mette in atto comportamenti devianti e quanto meno può fruire di situazioni familiari, amicali e sociali soddisfacenti. Una volta instauratasi una dipendenza di rilevanza clinica, se c'è un certo grado di consapevolezza e volontà di superarla, il soggetto viene coinvolto in programmi terapeutici che di solito si svolgono in comunità.

## **STORIA DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE: BREVI CENNI**

L'espressione "comunità terapeutica" viene utilizzata per la prima volta da Thomas Main nel 1946 in riferimento ad una particolare esperienza di cura di disturbi psichici dei reduci di guerra applicata da W. Bion nell'ospedale di Northfield. Main, insieme a Maxwell Jones fu uno dei direttori delle prime istituzioni psichiatriche a conduzione comunitaria in Gran Bretagna. L'idea di fondo era quella di

creare un'organizzazione "orizzontale" in cui i rapporti tra gli utenti tra loro e con gli operatori fossero di tipo paritario. Il paziente iniziava ad essere visto come un soggetto partecipe alla propria cura e la comunità come un luogo essenziale per la rielaborazione di un percorso personale e gruppale. A distanza di anni, però, sottolinea Lai Guaita (1988), *"il modello di comunità pensato da Maxwell Jones in Europa Occidentale non si è dimostrato molto efficace nel recupero della tossicodipendenza. Per questo motivo è stato sostituito dalle formule del self help e dei release group (gruppi di liberazione) americani di cui negli Stati Uniti si distinguono tre modelli: Synanon, Daytop e Phoenix House" (p.38).*

Nel 1958 viene fondata in California la prima comunità terapeutica da Charles Dederich, un ex alcolista che era stato membro della Alcolisti Anonimi. All'epoca la dipendenza da sostanze era considerata significativamente diversa da quella da alcool e Dederich decise, pertanto, di creare un programma che potesse rispondere alle esigenze anche di chi era dipendente da sostanze. Synanon, la prima comunità, raccoglieva persone dipendenti da eroina e da alcol che partecipavano a sedute di psicoterapia di gruppo e a seminari. Negli anni '50 era diffusa l'idea che se una persona aveva una dipendenza difficilmente poteva guarire (*"once an addict, always an addict"*). Infatti lo stesso fondatore di Synanon, sebbene prevedesse un programma residenziale di due anni, in realtà aveva connotato la comunità come un'alternativa alla vita sociale con un progressivo irrigidimento su posizioni autoritarie. La comunità era un rifugio per i pazienti considerati come immaturi ed inaffidabili. Nel 1964 lo psichiatra Dan Casriel e David Deith, un ex eroinomane che aveva vissuto in prima persona l'esperienza di Synanon, fondarono a New York il Daytop (Drug Addict Yeld to

Persuasion) Village, un programma riabilitativo a tappe finalizzato al reinserimento sociale (al contrario di Synanon) che voleva centrarsi sulla persona in sé, non solo sul sintomo. La credenza di fondo era che la persona poteva cambiare ed arrivare a nuovi apprendimenti, ma solo attraverso l'azione, la sfida con se stessa e la condivisione autentica della propria esperienza. Nel programma Daytop, anche oggi, la terapia della famiglia è una parte integrante del trattamento. L'approccio dei terapeuti si concentra su alcuni aspetti pratici e attivi come la struttura della famiglia, i ruoli dei membri, il tipo di comunicazione. L'impostazione dei terapeuti familiari che hanno lavorato al Daytop risente delle influenze della terapia strutturale di S. Minuchin che all'inizio degli anni '60 lavorava come psichiatra presso la Wiltwyck School for Boys (una struttura di correzione per giovani disagiati) a New York. Questi giovani e le loro famiglie si differenziavano dai pazienti della classe media borghese dotati di buone capacità espressive verbali; avevano, infatti, uno stile di interazione molto più concreto e basato sul "fare". Per questo motivo il terapeuta familiare inizia ad utilizzare tecniche basate "più sul fare che sul parlare": recitazioni, compiti a casa, creazioni di confini, sbilanciamenti, induzioni di crisi (Colapinto, 2003). La terapia familiare di Minuchin si basa su alcuni principi ecosistemici:

- l'importanza del contesto e delle relazioni;
- la famiglia come "matrice di identità" della persona in continua evoluzione;
- la struttura familiare come un insieme di pattern ricorrenti di interazioni messe in atto dai suoi membri nel tempo adattandosi l'uno all'altro;
- la buona funzionalità della famiglia non si definisce per l'assenza di stress o problematiche, ma per l'efficacia nell'affrontarle pur continuando ad adempiere alle proprie

funzioni;

- il terapeuta svolge un ruolo attivo nel creare situazioni che mettano in discussione la struttura esistente, mobilitando le risorse che i vari membri non esprimono o non sanno di avere, centrando la riformulazione del problema come situazione della famiglia anziché del singolo portatore di patologia.

Dalla fondazione di Daytop e dagli influssi provenienti dalla terapia strutturale si è fatto strada un approccio democratico, che valorizza la condivisione con i pari, l'attenzione alla famiglia di origine, il concetto di responsabilità e l'accettazione delle caratteristiche individuali. Il terzo tipo di programma terapeutico, Phoenix House, è nato nel 1967 organizzandosi nelle aree ad elevato abuso di droghe. In Italia si assiste ad un proliferare di C.T. tra gli anni '70 e '80 grazie soprattutto alla Legge Basaglia che ha decretato la chiusura delle istituzioni manicomiali. L'epistemologia grupale costituisce parte attiva delle profonde e radicali trasformazioni di quegli anni e le comunità iniziano a caratterizzarsi come dei "passaggi" che ridefiniscono i limiti psicologici, emotivi e concettuali dell'inclusione e dell'esclusione sociale. Il lavoro in gruppo dimostra, nel tempo, una sua efficacia, considerata pari a quella del trattamento individuale (Campione, 2007).

### **PROGETTO UOMO: IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SOSTENUTO DALL'ASSOCIAZIONE "LA RICERCA" A PIACENZA**

*"Siamo qui perchè  
non c'è alcun rifugio  
dove nasconderci da noi stessi"*  
Richard Beauvais

L'associazione "la Ricerca", presso la quale ho svolto il tirocinio di specializzazione, è

stata costituita a Piacenza nel 1980 con il fine di operare nel campo della prevenzione, dell'assistenza, del recupero e del reinserimento nel tessuto sociale e lavorativo di soggetti (giovani, adulti, uomini e donne) che hanno fatto uso di sostanze. Quest'associazione, facente parte della FICT (Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche), è strutturata in una molteplicità di servizi al fine di dare una risposta, la più esaustiva possibile, alle esigenze del territorio.

Tra i servizi troviamo:

- *il servizio prevenzione*: è il primo approccio con l'utenza, ha lo scopo di orientare, ascoltare e fornire informazioni e consulenza anche tramite l'organizzazione di appositi gruppi educativi che coinvolgono i giovani. Tra questi vi sono i gruppi "Diogene" cui partecipano giovani consumatori. Nel gruppo i ragazzi apprendono ad esprimere e gestire le proprie emozioni, acquisiscono consapevolezza rispetto alle proprie risorse relazionali e capacità. Gli interventi sono indirizzati a far emergere in ogni ragazzo le motivazioni personali che l'hanno spinto ad avvicinarsi alla sostanza e a crearne delle nuove e più forti, volte all'interruzione della sua assunzione. Ai genitori dei ragazzi, parallelamente, viene offerta la possibilità di partecipare a gruppi settimanali di auto-aiuto e a colloqui con uno psicoterapeuta familiare.

- *il counselling per famiglie* o persone che stanno vivendo un momento difficile, non necessariamente legato alla tossicodipendenza dei figli. Il counsellor, mediante un ascolto attivo e la formulazione di opportune domande, cerca di favorire l'autodeterminazione e l'empowerment delle persone senza trovare soluzioni ad hoc per loro, ma stimolando la messa in campo di energie e strategie di fronteggiamento delle situazioni che arrecano disagio;

- *le comunità terapeutiche residenziali* (distinte per le caratteristiche degli ospiti: adulti in doppia diagnosi, adulti con problemi di dipendenza da droghe e alcol, mamme tossicodipendenti e loro figli, persone in Aids conclamato senza supporti familiari). L'associazione diversifica il proprio intervento con l'intento di creare un progetto personalizzato, "tagliato" il più possibile sulle caratteristiche dell'utente;

- *il reinserimento lavorativo*: gli operatori che hanno seguito l'iter terapeutico dell'utente si occupano, se ci sono le possibilità, dell'organizzazione di stage aziendali e borse-lavoro, esperienze di laboratori protetti ed inserimenti in cooperative sociali, il tutto con la finalità di favorire la creazione di contatti sociali, nuove amicizie, l'acquisizione di competenze pratiche e anche di una progressiva autonomia non solo psicologica dalla sostanza, ma anche abitativa e lavorativa.

L'associazione pone pertanto al centro del proprio agire la persona in sé, promuovendo la cultura del ben-essere, la creazione di reti sociali tra istituzioni e servizi che coinvolgono i giovani, le famiglie, le persone che operano nei settori dell'educazione e della prevenzione per promuovere atteggiamenti non stigmatizzanti nei confronti di chi ha fatto uso di droga o è affetto da Aids.

All'interno di ogni struttura terapeutica c'è un'équipe di professionisti formata, a seconda delle esigenze, da psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, medici, fisioterapisti, perchè è grazie all'intervento di più professionalità che si riesce ad avere una visione più completa di ogni singolo caso.

Il programma terapeutico "Progetto Uomo" cui si ispira l'associazione è stato elaborato sulla base del metodo "Daytop Village" statunitense ed avviato in Italia da Don Mario Picchi a Roma nel 1978.

Progetto Uomo accoglie la persona nella sua fragilità ponendola al centro della sua stessa vita e favorendo un protagonismo attivo e responsabile nel proprio percorso di cura e riabilitazione. La responsabilità non è solo del singolo, ma di tutto il tessuto sociale che lo accoglie; è una responsabilità personale che ha una forte connotazione relazionale. È, infatti, nella relazione autentica con l'altro che l'individuo ritrova la propria identità, approfondisce la conoscenza di sé e riesce a condividere i propri sentimenti. Il percorso riabilitativo è un riappropriarsi consapevole da parte dell'individuo della sua storia e delle sue risorse, unito alla presa di coscienza dei propri bisogni e responsabilità. La dimensione della responsabilità personale ha sempre una radice relazionale. L'espressione ricorrente nella formazione per gli operatori "Tu solo, ma non da solo" sottolinea l'importanza della relazione autentica sperimentata con il gruppo e gli operatori durante il percorso di cura, ma anche la responsabilità nell'agire un cambiamento.

Progetto Uomo, per come è stato declinato nei diversi centri ed associazioni che vi aderiscono in Italia, è un orizzonte valoriale e culturale, è una "forma mentis" che guida l'agire degli operatori e dei volontari non soltanto all'interno di interventi di recupero della tossicodipendenza.

Progetto Uomo, in particolare, si articola in:

- un programma terapeutico di riabilitazione per tossicodipendenti;
- interventi di formazione per gli operatori;
- azioni di informazione e prevenzione per la famiglia e la società.

Il programma terapeutico si basa sul convincimento che se l'individuo è opportunamente aiutato e trova vicino a sé persone intenzionate a lavorare e ad aiutarsi reciprocamente può *"invertire le rotte di un comportamento*

*deviante o negativo"* (Picchi, 1988 p. 23).

Le fasi principali del programma 32 anni fa erano tre: accoglienza, comunità e rientro.

Nella *fase dell'accoglienza* la persona si rivolgeva al centro per sua volontà, ma più spesso per volontà di altri, chiedendo aiuto. Dopo alcuni colloqui era inserita in gruppi di discussione formati da altri con problematiche analoghe, ma veniva anche messa alla prova, nel quotidiano, con attività pratiche di pulizia o manutenzione. I mesi trascorsi in accoglienza davano l'opportunità agli operatori di creare un progetto personalizzato nella consapevolezza che a volte questa fase poteva rappresentare un capitolo educativo e terapeutico autonomo abbreviando i tempi del programma. Gli operatori dell'accoglienza, spesso ex-tossicodipendenti, erano formati per sviluppare capacità di analisi, di comunicazione, di ascolto di sé da parte dell'utente con l'obiettivo di mantenere un atteggiamento libero, serio ed onesto. Durante la fase di accoglienza la persona sviluppava una motivazione al cambiamento perché cominciava a rendersi conto di avere bisogno di aiuto per uscire dalla propria situazione.

In *comunità* il progetto abbozzato in accoglienza diventava operativo e concreto. Alla persona veniva affiancato un "fratello maggiore" che la inseriva in una delle squadre di lavoro responsabili dei vari servizi (giardino, cucina, manutenzioni varie...). Gli errori del residente provocavano sanzioni e retrocessioni di responsabilità. I contatti con i familiari all'inizio del programma erano sporadici perché, prima del confronto con la famiglia, si doveva innescare un processo di crescita e cambiamento favorito dalla frequentazione a vari gruppi terapeutici (sulla mancanza di autostima, sugli atteggiamenti manipolatori, sui significati delle ricadute...).

La comunità si apriva all'esterno (Casa Aperta) quando c'era un'occasione importante che avvicinava il mondo fuori. La fase della CT aveva la durata media di 8 mesi.

La fase del rientro consisteva nel graduale passaggio all'esterno per favorire il recupero delle autonomie personali. La persona continuava a mantenere un aggancio con la comunità tramite la partecipazione a gruppi a cadenza bisettimanale o mensile. Il programma non faceva distinzione di genere: a chi accettava di aderirvi veniva applicato il metodo terapeutico per il recupero del tossicodipendente in quanto tale.

Una decina di anni fa gli operatori hanno cominciato a focalizzare l'attenzione anche sulle problematiche complesse legate alla genitorialità. È scaturita la necessità di creare percorsi mirati a recuperare la donna tossicodipendente come persona e a lavorare con lei alla formazione di una nuova identità, quella di madre.

## LA COMUNITA' TERAPEUTICA "LA VELA"

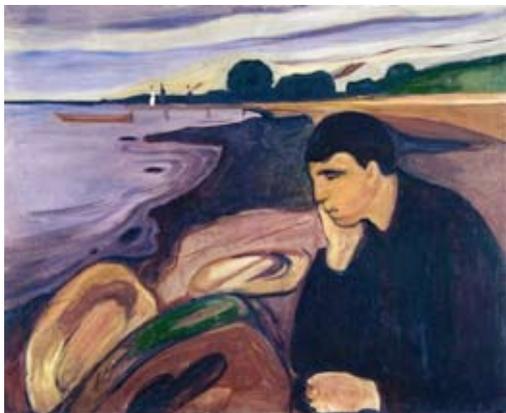


Figura 2 - Edward Munch (1891) Melanconia

La Comunità "La Vela" ha sede a Justiano di Vigolzone (Ponte dell'Olio-Pc) dal 1985. Il nome richiama l'idea della navigazione, del

percorso da affrontare, difficile e doloroso, per arrivare ad un cambiamento. La persona è inviata in comunità dal Ser.T di residenza e, prima di accedervi, effettua un colloquio con i responsabili e gli operatori del servizio inviante.

Negli ultimi decenni si è notata una modificazione nel mercato delle sostanze stupefacenti e, di conseguenza, sono cambiati i tipi di sostanza prevalenti, le modalità di assunzione, l'età del primo uso ed abuso (che si è abbassata). Il programma terapeutico, pertanto, si è adattato alle nuove esigenze emerse dagli utenti che oggi presentano problemi evolutivi loro propri, incapacità nella gestione delle proprie emozioni ed inadeguatezza nell'esprimerle, situazioni familiari difficoltose. Il percorso terapeutico prevede oggi la necessità di un intervento continuo ed integrato tra i diversi referenti del progetto di ogni utente, la sperimentazione di relazioni autentiche attraverso l'incontro con altri soggetti (familiari, volontari, amici positivi) al di fuori della struttura tramite "uscite protette". L'operatore ("case manager") responsabile del caso diventa il punto di riferimento per ogni ospite e con lui si affrontano tematiche importanti come la prevenzione della ricaduta.

Anche oggi il percorso è suddiviso principalmente in 3 fasi:

- *osservazione* (3-4 mesi): la persona partecipa a diversi gruppi settimanali condotti dagli operatori al fine di raccogliere più informazioni possibili ed iniziare a stabilire un "patto" di collaborazione. Nel contempo la persona è impegnata in lavori quotidiani e partecipa ad altre attività di tipo sportivo/ludico. Al termine del periodo di osservazione si arriva alla raccolta dell'anamnesi e alla redazione di un piano di trattamento che può essere rinnovato diverse volte. Nel contempo sono

previsti colloqui con i familiari ad opera di un terapeuta e degli educatori referenti;

- *fase della comunità* (di durata variabile): la persona continua a partecipare a gruppi educativi, di lavoro sulle emozioni e sul corpo e ad occuparsi delle attività specifiche di cui è responsabile. Partecipa, inoltre, ad un gruppo terapeutico settimanale strutturato in diversi moduli (famiglia, affettività, socializzazione, lavoro, prevenzione della ricaduta);

- *fase di reinserimento*: il soggetto, sempre in regime residenziale, ha la possibilità di svolgere uno stage lavorativo pur partecipando a gruppi settimanali, incontri con familiari e referenti dei Servizi. Una volta trovata un'occupazione si passa ad un regime semi-residenziale (gruppi-appartamento) e si mantengono i contatti con la comunità tramite le frequenze ad almeno un gruppo settimanale. L'obiettivo successivo è quello di ottenere l'autonomia abitativa, una volta raggiunta quella economica.

Quasi mai i percorsi sono così "lineari": secondo Grosso (2000) *"perchè un simile percorso possa avere successo è indispensabile la buona qualità della relazione. Per affidarsi bisogna fidarsi, operazione-prerequisito per sviluppare fiducia in sé"* (p.25).

## **IL GRUPPO "COMUNITÀ": STORIE IN CONNESSIONE**

Chi è inserito nella "fase comunità" inizia a frequentare un gruppo settimanale, della durata di un'ora e mezza circa ogni mercoledì pomeriggio. Il gruppo terapeutico, condotto da un terapeuta familiare, diventa lo spazio in cui sperimentare nuove narrazioni, in cui ripensare alla propria storia esprimendosi liberamente. Nel gruppo si attiva, pertanto, una comunicazione chiara e autentica unita ad un ascolto attivo. Come sottolineano

Campione e Nettuno (2007) *"la terapia di gruppo provoca processi terapeutici che facilitano l'identificazione, il confronto, la gestione dei sentimenti di vergogna e della sensazione di isolamento. In particolare l'effetto terapeutico si realizza grazie a quattro fattori:*

- *sostegno reciproco;*
- *autorivelazione o catarsi;*
- *apprendimento dagli altri;*
- *lavoro psicologico (insight)"* (p. 68).

La terapia di gruppo rompe l'isolamento e crea un clima di accettazione; nell'interdipendenza il soggetto familiarizza con nuove strategie di coping, aumentando progressivamente il proprio senso di autostima.

Il terapeuta, che lavora per l'associazione, si pone, per ogni partecipante al gruppo, il raggiungimento di alcuni obiettivi che vengono condivisi e socializzati durante una riunione d'équipe che si tiene prima del gruppo stesso. In tali riunioni si discute della situazione di ogni ospite e si focalizza l'attenzione su eventi particolari che possono avere una ripercussione più ad ampio spettro (le ricadute, gli abbandoni improvvisi, lo scatenarsi di una lite...). Il terapeuta familiare, inoltre, condivide alcune informazioni generiche sugli incontri fatti con i familiari dei ragazzi in comunità al fine di favorire tra gli operatori uno scambio di informazioni che possa aiutare a tratteggiare un quadro più completo possibile rispetto ad ogni singolo utente.

La condivisione delle informazioni è un momento importante perchè stimola la formulazione di nuove ipotesi da parte del terapeuta, prima di dare avvio al gruppo. Il setting del gruppo è costituito da una stanza con due ampie finestre e due porte: all'interno ci sono delle poltroncine ed una lavagna. Quando si apre il gruppo ognuno è libero di sedersi dove preferisce e di spostare la posizione

delle poltroncine. Tenzialmente, ad ogni gruppo, si forma una figura a cerchio con il terapeuta posto di fronte alla porta d'ingresso. La costruzione di uno spazio specifico permette di distinguere ciò che è dentro da ciò che è fuori dal gruppo; le posizioni (chi sta vicino a chi) sono inoltre indicative delle relazioni in atto.

Come per ogni gruppo esistono delle norme da rispettare per farne parte: la puntualità, il rispetto per ogni partecipante, la volontà di mettersi in gioco, l'attenzione alle storie altrui, la riservatezza. Ad esempio, se c'è stata da parte di un partecipante una ricaduta questi non verrà ammesso alle sedute del gruppo finché non avrà rielaborato con gli operatori l'accaduto.

Il gruppo è infatti un potente terreno di confronto atto a favorire dei feedback da parte di ogni membro sul comportamento altrui e, di conseguenza, sul proprio. Le ricadute, ad esempio, fanno parte del percorso; spesso succedono quando la persona inizia a uscire dalla comunità da sola (per cercare lavoro, per fare delle visite mediche o delle commissioni). Diventa così importante riflettere su questi eventi che hanno un forte impatto emotivo anche sugli altri: si pensa di essere più forti della sostanza, ma poi ci si rende conto che non è così. Bateson (1977), parlando della dipendenza dall'alcool, sottolinea come l'alcolista intraprenda una sfida con la bottiglia pensando di riuscire, un giorno, ad essere più forte di lei bevendo senza diventare per forza ubriaco. Si viene a creare così una relazione simmetrica tra l'uomo e la bottiglia, una lotta senza che ci sia mai un vincitore o un vinto. La filosofia degli Alcolisti Anonimi afferma che un alcolista si può recuperare solo quando ha toccato il fondo, quando ha capito che di lui si penserà che non potrà mai uscirne.

Paradossalmente, per dimostrare di non rientrare nella definizione che si dà di lui, può accettare di non misurarsi più con la bottiglia instaurando con essa una relazione di tipo complementare. Nel gruppo il terapeuta riesce a stimolare dei cambiamenti nei partecipanti ponendo delle domande che riguardano aree prestabilite. Infatti, in genere, per ogni persona nel gruppo, vengono affrontate, nel tempo, le seguenti tematiche:

- la famiglia: quali sono le caratteristiche dei membri che la compongono, quali i miti e i valori, quali i ruoli ricoperti e le relazioni tra i membri, quali le connessioni con la sostanza;
- l'affettività: quali sono o sono state le relazioni amicali ed affettive più significative, quali ridondanze ricorrono nelle proprie relazioni, che ruolo assume la dipendenza nelle stesse;
- la socializzazione: quali sono le amicizie positive rimaste, quali le risorse cui attingere al di fuori della comunità, quali attività di tempo libero intraprendere;
- il lavoro: quali aspettative e quali bisogni soddisfa, quali motivazioni sottostanti, quali relazioni con la sostanza.

Trattandosi di percorsi personalizzati, alcuni utenti affrontano tutti i moduli, altri solo alcuni ritenuti più salienti in quel momento.

Il terapeuta, per indagare queste aree e per suscitare una riflessione volta al cambiamento utilizza principalmente domande lineari (per capire più chiaramente gli aspetti di un problema), circolari (per facilitare le connessioni tra i diversi membri del gruppo), strategiche (per portare la persona a riflettere sui limiti del proprio modo di agire o pensare) e riflessive (per considerare nuove possibilità). Come fatto notare da K. Tomm (1988), anche il terapeuta è influenzato dalle domande che pone: le domande lineari incoraggiano

ulteriori ipotesi lineari ed il rischio è quello di diventare giudicanti. Le domande circolari intensificano la neutralità ed il senso di accettazione che, di per sé, è già un fattore terapeutico. Le domande riflessive aiutano il terapeuta nella formulazione di nuove ipotesi, più creative. Le domande possono essere usate anche per “presentificare” una persona che non è nel gruppo. Durante la seduta a tutti è chiesto di partecipare; il terapeuta può intervenire in modo direttivo se i membri non lo fanno o se, al contrario, tendono a prendersi troppo spazio.

In generale ho notato che gli interventi consistono spesso in un rimando ai partecipanti rispetto alla loro ambivalenza, nelle relazioni familiari, amicali e persino tra di loro. Non di rado emergono nei soggetti tossicodipendenti degli atteggiamenti manipolatori e spetta al terapeuta, mediante precise domande, suscitare in loro riflessioni su analogie, similitudini e differenze tra il proprio comportamento e quello altrui (spesso biasimato).

Una sottolineatura particolare viene data all'uso del linguaggio: durante un gruppo un ragazzo, in comunità perchè alcolista, non si definì dipendente perchè, a suo dire, solo chi usava sostanza lo era. Da questa sua affermazione prese il via una discussione sulla tematica con una puntualizzazione da parte del terapeuta sul concetto di dipendenza e sulla consapevolezza di ognuno di loro rispetto al proprio rapporto con essa.

Può capitare che vengano affidati ai ragazzi dei “compiti” per la seduta successiva: a Paolo, con cui era stato avviato un lavoro sull'affettività, venne chiesto di stilare una lista delle sue principali relazioni amorose e amicali e di illustrarle agli altri nella seduta successiva. Iniziò a scrivere alla lavagna una lista piuttosto lunga di relazioni e ciò che fu

subito notato e che gli fu rimandato era il fatto che non ci fosse un periodo della sua vita in cui era rimasto solo. Inoltre, quando aveva iniziato ad usare cocaina, aveva iniziato ad avere partner anch'esse dipendenti di cui era molto geloso. Questa gelosia eccessiva aveva poi contribuito alla rottura delle relazioni con conseguente rifugio nella droga in una spirale che si autoalimentava. Paolo, grazie ai feedback degli altri e all'intervento del terapeuta, inizia a riflettere sui meccanismi che la dipendenza ha innescato e sulle conseguenze che essa gli ha comportato.

Dalle narrazioni dei ragazzi in gruppo spesso emergono delle immagini, delle metafore utili per il lavoro terapeutico: è il caso di Marta che, parlando dei suoi compagni purtroppo molto violenti, sottolinea come nella ricerca di una relazione per lei fosse importante avere una casa, non solo concreta, ma anche intesa come rifugio, protezione. Questa idea paradossalmente la teneva attaccata a chi le faceva del male ed era fonte di distruzione più che di protezione. L'obiettivo da perseguire ora è quello di provare a camminare da sola, non più sorretta dalle sostanze e dall'alcool, per cercare o ritornare a “casa” (la sua famiglia).

La circolarità, cioè l'insieme delle retroazioni verbali e non verbali dei vari membri, permette al terapeuta di fare confronti in termini di differenze e di pensare a nuove ipotesi.

Nel gruppo, infine, un ruolo importante è giocato dalle emozioni: i temi affrontati sono, infatti, di grande impatto per la persona che viene stimolata a fare un profondo lavoro su di sé. Le emozioni del gruppo hanno effetto anche sul terapeuta che deve essere in grado di gestirle mantenendo la neutralità della seduta. Secondo Vetere e Dal Medico (2002) il terapeuta è “co-costruttore del sistema osservato” (p.4); infatti, la presa di coscienza

dei propri pregiudizi e delle proprie teorie aumenta l'autoriflessività, che permette al terapeuta di usare se stesso come strumento di diagnosi e cura.

## I GRUPPI DI AIUTO-AIUTO A

### “LA RICERCA”

Ogni martedì sera da ormai trent'anni, presso la sede dell'associazione si tengono dei gruppi di auto aiuto destinati ai genitori dei ragazzi in comunità (“gruppo comunità”), dei ragazzi inseriti nei gruppi di prevenzione (“gruppi Diogene”) e a tutti i genitori che richiedano un supporto anche se i loro figli non sono attualmente in carico ad un servizio (“gruppo attesa”).

L'auto aiuto consiste nel favorire il processo di empowerment (Zani, Cicognani, 2000) della persona, in quanto accresce il senso di controllo e di padronanza sui vari problemi che l'hanno portata a partecipare al gruppo. Il gruppo di autoaiuto è un mezzo valido per assicurare ai partecipanti sostegno emotivo in quanto ciascuno, sentendo le esperienze altrui, riceve aiuto e contemporaneamente lo dona raccontando le proprie. Tramite il gruppo i genitori acquisiscono importanti soluzioni pratiche apprese dall'esperienza diretta degli altri. I conduttori sono soliti riunirsi prima di dare avvio ai gruppi per discutere di eventuali situazioni problematiche da gestire, delle dinamiche nate nei gruppi della volta precedente, delle emozioni che provano. Il pre-gruppo, condotto da un coordinatore, diventa così un momento importante per mettere in comune le proprie emozioni (aspetto questo essenziale per i conduttori dato che nei gruppi le emozioni dei genitori devono essere accolte e gestite), ma anche per avere informazioni e aggiornamenti sulle attività organizzate dall'associazione a favore dei ge-

nitori. È infatti attivo un “Tavolo tecnico”, di cui fanno parte alcuni conduttori dei gruppi, responsabile del progetto “Come in famiglia”; quest'ultimo ha lo scopo di coinvolgere i genitori in attività di svago (gite, cene ecc) mirate alla creazione di reti di amicizia e sostegno stabili, che vadano al di là dei gruppi, e che permettano ai partecipanti di sentirsi, almeno per un giorno o una sera, “in vacanza” dal proprio problema.

I conduttori dei gruppi, nella maggior parte dei casi, sono persone che hanno avuto figli o familiari tossicodipendenti, che hanno quindi affrontato insieme a loro il percorso e che, una volta finito, decidono di offrire il proprio aiuto e il proprio “know-how” ad altri genitori nella stessa situazione. Conoscere persone che hanno attraversato le stesse difficoltà fa sentire meno soli e sapere che le hanno superate o che hanno trovato modi adeguati per gestirle può regalare speranza, ottimismo ed un'accresciuta autostima (Scarlatti, 2002).

Durante il tirocinio ho avuto modo di partecipare ad alcuni incontri del “gruppo attesa”. Il gruppo si configura come “aperto” in quanto composto di genitori che lo frequentano da anni, ma anche aperto alla partecipazione di nuovi genitori che vi accedono dopo un colloquio preliminare con il coordinatore.

Ciò che viene detto nei gruppi non verrà divulgato all'esterno; questa norma, implicita, ma che ha un senso esplicitare, facilita l'espressione delle emozioni nel genitore. La scoperta che un membro della famiglia, di solito un figlio, fa uso di sostanza crea spavento, stupore, sensi di colpa, ansia, vergogna, rabbia, impotenza.

I genitori che arrivano per la prima volta in gruppo adducono come motivazione la situazione del figlio; dopo vari mesi capi-

scono però che la frequenza ai gruppi è un supporto per loro stessi. Nel gruppo generalmente si esordisce parlando delle emozioni connesse ad un episodio specifico. L'incipit è spontaneo se tra i membri si è già creata una certa coesione; diversamente, può essere il facilitatore ad invitare un membro a parlare. Il conduttore dà la parola e regola i turni se si rende conto che una persona tende a prendersi troppo spazio o a dilungarsi in cronache fuori luogo; viceversa, se il gruppo è ben avviato non c'è bisogno di stabilire i turni poiché i partecipanti avviano autonomamente delle riflessioni sulle proprie situazioni. Il gruppo non ha una tematica particolare: l'oggetto della conversazione è portato direttamente dai genitori. A volte portano spontaneamente in gruppo delle sollecitazioni (degli articoli, delle citazioni, delle poesie...) che pensano possano essere utili spunti di riflessione. Vi sono comunque delle tematiche ricorrenti che necessitano di un continuo confronto e di un supporto reciproco: la gestione educativa dei figli, le relazioni di coppia, le emozioni provate, le attese per il futuro. I facilitatori a volte intervengono raccontando le proprie esperienze personali e ponendo domande riflessive volte a facilitare un cambiamento di punti di vista e a suscitare sentimenti di empatia. Il gruppo diventa quindi una concreta esperienza di incontro che ha permesso, soprattutto a chi vi partecipa da tempo di passare dalla diffidenza ad un clima di solidarietà, vicinanza e sostegno. È il caso dei coniugi Rossi, Maurizio e Donatella, che frequentano il gruppo ormai da qualche anno. Si sono rivolti all'associazione dopo aver trovato in casa dell'hashish appartenente al figlio maggiore di 23 anni. Il figlio attualmente lavora; prima assecondava i genitori nel fare ogni tanto l'esame delle

urine, mentre negli ultimi mesi si rifiuta. Questo viene percepito come un'ammissione di colpa dai genitori che sono estremamente preoccupati. Il gruppo li sostiene e rimanda loro che, in prima battuta, devono trovare una mediazione nei loro stili educativi in quanto la moglie appare al marito troppo permissiva e il marito alla moglie troppo severo. Inoltre, nel tempo, il gruppo, quasi fosse dotato di un'unica voce, rimanda a Maurizio che il suo atteggiamento è completamente cambiato. Inizialmente ostile, ha poi imparato ad aprirsi agli altri, ad esternare le proprie emozioni e ha capito che per aiutare i suoi figli deve in primis rispettare i loro tempi e confrontarsi sempre con la moglie rispetto agli interventi da fare.

Oggi lui stesso afferma di voler continuare a frequentare il gruppo per sé, perché percepisce che per lui e la moglie è un momento di condivisione, di crescita e di sostegno. I facilitatori spesso ribadiscono che non bisogna aspettare che il figlio cambi: se evolvono i genitori, di riflesso anche in famiglia si attivano dei cambiamenti. Non a caso, negli ultimi incontri, i coniugi ci raccontano che il figlio, ricevuta una promozione che comportava un trasferimento all'estero, rendendosi conto di aver bisogno della sostanza per assolvere ai compiti lavorativi che prima svolgeva in autonomia, decide di rivolgersi ad una comunità per disintossicarsi.

Il gruppo con i genitori ha la durata di circa un'ora e mezza; al termine i conduttori ed il coordinatore si ritrovano in una seduta dopo-gruppo per discutere delle tematiche emerse, di come ci si è sentiti nel gruppo, per confrontarsi sugli interventi fatti. La rielaborazione finale serve per dare una cornice alle narrazioni e per condividere le emozioni nel caso la gestione del gruppo sia stata un po' "difficoltosa".

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I gruppi terapeutici rivolti ai ragazzi in comunità e quelli di autoaiuto per i loro genitori sono due modalità diverse di intervento che si integrano all'interno di un lavoro di rete più complesso svolto dall'associazione. Come è stato illustrato, è necessario approcciare la problematica della dipendenza da diversi punti di vista e con varie metodologie: il percorso individuale del ragazzo, quello grup- pale dei genitori, la prevenzione attraverso attività di sensibilizzazione all'esterno, la supervisione degli operatori, la collaborazione con tutti i servizi sul territorio implicati (Ser.T, Csm...). Un approccio integrato può risultare senz'altro più efficace proprio perchè in grado di valorizzare tutti i contesti che possono diventare risorse per la terapia.

Poichè il fenomeno della dipendenza è complesso e mutevole, è necessario mettersi nell'ottica di non cercare risposte definitive per lavorare sul presente, sulle motivazioni attuali. Tramite l'esperienza del tirocinio ho sentito da vicino la sofferenza dei genitori e le difficoltà dei ragazzi e ho capito che la relazione d'aiuto si gioca all'interno di un contesto in cui è importante che si crei una sensazione di autenticità, di accoglienza e una comunicazione chiara; la relazione d'aiuto è anche educativa poichè implica una grande attenzione alle emozioni altrui, ma anche alle risonanze e alle connessioni che queste, sempre e comunque, attivano.

## Bibliografia

- A.A. V.V (2000). *DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier Masson.

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Campione G., Nettuno A. (2007). *Il gruppo nelle dipendenze patologiche*. Milano: Franco Angeli.
- Colapinto, J. (1995). *Terapia familiare strutturale*. In A. Gurman, P. Kinstern. *Manuale di terapia della famiglia*, pp. 451-475. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cristofani, V. (2012). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Rintracciato il 09 ottobre 2012 su [http://www.cedostar.it/documenti/psicologia\\_delle\\_dipendenze.PDF](http://www.cedostar.it/documenti/psicologia_delle_dipendenze.PDF)
- Dal Medico, A., Vetere M. (2002). *Modelli teorici e clinici a confronto nella cura delle dipendenze da sostanze*. L'approccio sistemico-relazionale. Rintracciato il 12 ottobre 2012 su <http://www.itfv.it/articoli.htm>
- Grosso, L. (2000). *Tossicodipendenze, capacità di fare e inserimento lavorativo in L'integrazione socio-lavorativa*. Quaderni di animazione e formazione. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Lai Guaita, M.P. (1988). *La comunità terapeutica. Origini storiche*. Interventi attuali in Italia. Milano: Jaca Book.
- Manna, V. Ruggiero S. (2001). *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico?* Rintracciato il 7 novembre 2012 su [http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00189\\_2001\\_fulltext/1-13](http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00189_2001_fulltext/1-13)
- Picchi, M. (1988). *Progetto Uomo: un programma terapeutico per tossicodipendenti*. Milano: San Paolo Edizioni.
- Scarlatti, S. (2002). *Il lavoro con i genitori di tossicodipendenti: uno specchio da infrangere*. Rintracciato il 12 ottobre 2012 su <http://www.accaparlante.it/articolo/il-lavoro-con-genitori-di-tossicodipendenti>
- Tomm, K. (1991). *Intervistare per interventi: parte terza. Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?* In *Family Process* (1988), 27 pp. 1-15.
- Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

## Recensione del film “Quasi amici”

Registi: Olivier Nakache e Eric Toledano (Francia, 2011)

Nadia Locatelli\*

Driss e Philippe, i protagonisti di questa storia, incarnano personaggi antitetici, diversi in tutto ma al contempo mossi da una grande curiosità reciproca. Due mondi paralleli che riescono, nonostante le distanze, a costruire un ponte chiamato intimità. Ossimori in comunicazione.

Driss è un giovane e scapestrato immigrato senegalese che non ha mai combinato nulla di buono nella sua vita. Sopraffatto da necessità economiche e deluso dalle proprie relazioni familiari decide di tentare la carriera di badante alla corte del ricco aristocratico Philippe, un uomo di mezza età reso tetraplegico a causa di un grave incidente. La collisione tra questi due mondi genera un vero e proprio tsunami.

Viene spazzata via la polverosa esistenza di Philippe, così rigidamente controllata e intrappolata da assicuranti ed ossessivi rituali. Uno spazio mentale governato da ferree regole in cui sembra non esserci possibilità di sorprendersi e sorprendere.

L'irriverenza e la spontaneità di Driss sostengono Philippe nel percepirsi non solo portatore di una disabilità ma anche un uomo di grandi passioni, un uomo che può ancora innamorarsi di qualcuno...di qualcosa... La profonda accettazione di Philippe nei confronti dell'originale aiutante, muove quest'ultimo a non pensarsi solo come nullafacente che punta dritto all'assegno di disoccupazione e ad una vita parassitaria, ma come un uomo che trascende stereotipi e pregiudizi. Prendono forma perturbazioni incalzanti in cui la relazione di cura diventa sempre più una relazione di conoscenza e di affettuosa complicità.

La coppia, imbragata di nuove emozioni e salda nel proprio attaccamento, intraprende un percorso di rinnovamento che si spinge fino a sperimentare l'ebbrezza della velocità e del parapendio.

La bellezza di questa trama, che affonda le sue radici in una storia realmente accaduta, è la graduale complessificazione dei ruoli che interpretano i vari personaggi: in scena progressivamente scompaiono “l'handicappato chiuso in se stesso”, “il nero di cui non ti puoi fidare”, “l'algida assistente personale di Philippe” e prendono forma nuove vite, nuovi stili relazionali. Ho visto questo film circa due anni fa e posso dire che un apprendimento che conservo è la consapevolezza che come persone è sempre possibile nascere, più e più volte, da “madri diverse”.

\*Allieva didatta Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata







Finito di stampare nel giugno 2013 da

**EDICTA**<sup>®</sup>  
EDIZIONI





ISBN: 978-88-89998-50-2

**EDICTA**  
EDIZIONI