

■ *Introduzione*

Questo testo è il risultato di molti anni di lavoro con infermieri professionali, allievi infermieri, capi sala; anni in cui siamo stati sia spettatori sia interlocutori rispetto alle intense problematiche che interessano l'attività di questi professionisti. In tutto questo periodo in cui siamo stati impegnati, a seconda dei casi, come formatori, docenti o supervisori, abbiamo cercato di dare risposte sempre diverse ai problemi e ai bisogni che ci trovavamo di fronte. A questo punto del nostro lavoro ci pare di poter trarre alcune conclusioni maturate nel tempo e utili come stimolo di riflessione per gli infermieri, per chi lavora con loro e – auspichiamo – per tutti coloro che hanno a che fare con il problema della relazione d'aiuto.

In questo senso ci interessa sottolineare fin dalle prime battute come il libro, benché sia stato scritto pensando al contesto sanitario e al ruolo dell'infermiere professionale, sia utilizzabile anche da altre figure professionali che operano in contesti in cui la relazione d'aiuto è pregnante. Pensiamo, per esempio, ad assistenti domiciliari, assistenti sociali, educatori professionali, o a chiunque si trovi a operare in presenza di situazioni di sofferenza e svolga un ruolo che richieda una gestione e una presa in carico del disagio dell'altro. I meccanismi mentali della relazione d'aiuto, infatti, sono trasversali e quanto viene detto nel testo a proposito della relazione tra infermiere e paziente è generalizzabile ad altre forme di relazione d'aiuto in cui siano coinvolti altri professionisti e altri utenti. Sarà necessaria, ovviamente, un'opera di traduzione e contestualizzazione, poiché i riferimenti e gli esempi sono tratti dall'ambiente sanitario, ma riteniamo che il lettore, data la significatività e la generalità dei problemi riportati, non farà fatica a ritrovare somiglianze e stimoli di riflessione.

Fatta questa premessa possiamo iniziare a chiederci come mai nell'ambito dell'assistenza vengano spesso trascurati e sottovalutati gli aspetti che riguardano la gestione della sofferenza psichica dei malati. È una domanda che quasi sempre ci si pone in quelle occasioni in cui noi stessi o qualcuno dei nostri cari si trova in una condizione di bisogno, ed è un quesito la cui risposta è senz'altro molto complessa. Se si riflette attentamente si scoprirà che il lavoro di quei professionisti impegnati nella salvaguardia della salute altrui, come ad esempio i medici o gli infermieri, è caratterizzato dalla necessità di dover affrontare continuamente situazioni di dolore e di sofferenza. Di fronte alla drammaticità di molte situazioni e all'intensità delle emozioni in gioco non sembrerà poi così strano che coloro che lavorano quotidianamente a contatto con queste realtà finiscano per abituarsi.

Il risultato di questo processo non va quasi mai nella direzione dell'offrire al paziente una buona relazione d'aiuto, ma piuttosto ci si muove verso l'"oggettualizzazione" del paziente che permette di occuparsi del suo corpo senza dover gestire le sue emozioni.

Vengono messi in atto, in ultima analisi, dei meccanismi di difesa che proteggono dalle situazioni di sofferenza e che possono risultare in tal senso anche utili. Approfondendo e sviscerando maggiormente la questione si potrebbero però scoprire modalità nuove e diverse per affrontare queste situazioni, modalità che vadano nella direzione della relazione d'aiuto e che consentano di gestire il paziente in modo integrato, rispondendo sia ai bisogni di natura fisica sia a quelli di ordine più squisitamente emotivo.

Per entrare maggiormente nel merito del nostro lavoro siamo partiti chiedendoci quali fossero i problemi più sentiti da questi professionisti e quali le situazioni più tipiche che gli infermieri si trovano a dover affrontare nella loro pratica quotidiana. Per esplorare queste aree abbiamo attinto sia alla nostra esperienza di formazione e supervisione con infermieri e capi sala, sia al dialogo costante con figure professionali che negli anni hanno rappresentato un punto di riferimento per la formazione degli infermieri: direttori e monitori delle vecchie scuole per infermieri professionali, tutor nelle attuali strutture universitarie. La nostra stessa esperienza di docenti, nelle scuole in un passato recente e nei corsi universitari oggi, ci ha molto aiutato.

Ciò che abbiamo avuto modo di constatare è la difficoltà di imparare a instaurare una relazione d'aiuto con i pazienti, ovvero sviluppare competenze di tipo relazionale. Tale difficoltà peraltro non riguarda solo la relazione con i pazienti, ma coinvolge il rapporto con l'intera équipe terapeutica che, a causa dell'enorme carico emotivo a cui è sottoposta, pur soffrendo, per così dire, degli stessi mali, sembra più orientata a evacuare che a contenere ed elaborare.

Ci si trova così di fronte a uno scenario complesso in cui da un lato gli infermieri sono in difficoltà a gestire i sentimenti dei pazienti, oltre che i propri e quelli dei colleghi, dall'altro i capi sala vengono investiti di una funzione di contenimento dei problemi e dei conflitti con l'aspettativa che facciano da mediatori, in modo energico e maturo, districandosi tra le necessità di tutti. L'ultimo anello di questa catena è rappresentato dagli allievi infermieri che nei tirocini sono alla continua ricerca di aiuto nel loro impatto con la sofferenza; si tratta di una ricerca che spesso non è nemmeno espressa e verbalizzata e che, comunque, non trovando risposte sfocia nell'arte di arrangiarsi, arte a volte ben esercitata dai colleghi più anziani. C'è quindi ragionevolmente da chiedersi se il bisogno di aiuto dei pazienti non sia in larga misura presente anche nella categoria che dei pazienti stessi deve prendersi cura. In tal senso risulta abbastanza evidente che quando ci si trova a lavorare con infermieri in qualità di psicologi (vissuti spesso in fantasia come coloro che hanno le risposte e le ricette per affrontare le situazioni) le richieste siano veramente tante e segnalino un grande bisogno di aiuto.

Alla luce di queste considerazioni quando si parla di formazione per professioni come quelle che implicano o si basano su una relazione d'aiuto, ci si dovrebbe occupare e preoccupare di due livelli formativi: quello dell'acquisizione teorica e tecnica-strumentale e quello più propriamente personale e relazionale. Se per quanto concerne il primo ambito di competenze ci si può affidare alle strategie di apprendimento in senso stretto quali lo studio, la ricerca e l'esercitazione, per quanto riguarda il secondo aspetto le cose si complicano, poiché occorre sviluppare una *forma mentis* che non può che passare attraverso una maturazione personale.

Peraltro anche questo ambito può essere oggetto di formazione scientifico-professionale e si deve avvalere di strumenti specifici, codificati, riproducibili e verificabili, quali per esempio l'apprendere dall'esperienza emotiva attraverso tecniche come l'osservazione, l'ascolto empatico, l'autoriflessione e così via.

Con questo contributo intendiamo occuparci di tali competenze, più propriamente psicologiche e relazionali, per evidenziarle e promuoverne lo sviluppo attraverso la riflessione e l'introspezione. In questa direzione riteniamo che il modello psicoanalitico possa realmente aiutare a capire e a formare tutti quegli operatori che sono quotidianamente impegnati nella

relazione d'aiuto e che sono continuamente sottoposti a intensi stress emotivi. A tale scopo utilizzeremo le scoperte che l'esplorazione psicoanalitica ci ha messo a disposizione non tanto come apparato teorico concettuale quanto come metodo, come vertice di osservazione, come atteggiamento mentale.

La psicoanalisi analizza la mente e le sue produzioni, ovvero il pensiero, le fantasie e le azioni, cioè le relazioni che l'individuo instaura con il mondo. Questo a sua volta non va identificato solo con la realtà esterna, cioè con le persone e i fenomeni osservabili, ma anche con la realtà interna delle emozioni e degli affetti che influenzano notevolmente, e spesso determinano, la nostra percezione del mondo e la nostra reazioni agli stimoli. Le nostre reazioni, sia personali che professionali, possono essere quindi più o meno adeguate alla realtà (il che vuol dire più o meno soddisfacenti ed efficaci) a seconda del grado di maturità della nostra mente, del momento, periodo o circostanza, che stiamo vivendo, dell'oggetto con cui ci stiamo relazionando e delle conseguenti emozioni e fantasie che mette in gioco in noi.

Pensiamo perciò che la psicoanalisi possa essere utilizzata come strumento per chiarire meglio come mai, in certe situazioni, nonostante vi siano buone intenzioni, capacità e conoscenze, il lavoro risulti così inefficace, ostico, pesante e deludente.

A proposito di buone intenzioni si potrebbe, anzi si dovrebbe, fare una digressione sulle motivazioni che spingono una persona a scegliere professioni come quelle che hanno a che fare con la relazione d'aiuto: cosa sta dietro la velleità terapeutica e il bisogno di aiutare gli altri? Un esorbitante ricchezza libidica, uno spirito sublime oppure un tentativo nevrotico di auto-cura? Un po' ironicamente potremmo dire che per rispondere a questo interrogativo rimandiamo il lettore al proprio psicoanalista, oppure, e qui la proposta si fa più sobria, si può cercare di fare appello alla propria capacità di riflessione e di autocritica, che poi vuol dire fare appello al proprio "analista interno" che ciascuno di noi, in maniera più o meno coraggiosa e consapevole, può ascoltare. Per il momento ci limitiamo a fare riferimento al lavoro di autori come Saltzberger-Wittenberg (1971) e Speziale-Bagliacca (1980), che ci aiutano a stare in guardia dalla faciloneria e dalla superficialità delle buone intenzioni, poiché non basta che qualcuno abbia bisogno e qualcun altro offra affinché una buona relazione d'aiuto possa instaurarsi: se non intacchiamo e analizziamo le ambivalenze e le resistenze di chi aiuto propone e di chi di aiuto necessita, queste ostacoleranno pesantemente la riuscita del processo.

D'altra parte è proprio la psicoanalisi che ci ha aiutato a vedere meglio come l'aspetto consapevole e determinato delle nostre azioni non sia che un punto di vista di superficie, spesso in conflitto, o perlomeno non in sintonia, con le ragioni profonde e inconsce che spingono o frenano le nostre interazioni.

Gli psicologi clinici che lavorano come formatori, così come gli infermieri o gli educatori professionali che hanno ruoli di docenza nelle scuole o nelle università, ben sanno che alcuni problemi che si incontrano nella stanza d'analisi con i pazienti, o nelle corsie con i malati, o nella relazione con gli utenti di un servizio socio-assistenziale, assomigliano molto ai problemi che si incontrano nelle aule: nonostante vi sia una sincera richiesta di aiuto, di apprendimento o di formazione, le resistenze al cambiamento sono notevoli, tenaci e subdole.

Questo parallelo però può aiutarci a comprendere meglio la natura delle difficoltà inerenti alle professioni che si basano su una relazione d'aiuto. Essere aiutati, lasciarsi aiutare risulta spesso più difficile che aiutare e comunque molto più complicato di quanto comunemente non si pensi; rendersi conto di aver bisogno e quindi di essere "carenti" presuppone una sofferenza mentale che non sempre si è disposti a riconoscere.

In altre parole se non si tiene conto dei meccanismi mentali che entrano in gioco quando ci si occupa di persone che esprimono bisogni, diventa molto difficile, se non quasi impossibile, applicare in modo efficace il bagaglio di conoscenze e capacità tecnico-strumentali che abbiamo acquisito.

Ora se è vero che il lavoro infermieristico comporta anche la necessità di stabilire relazioni d'aiuto nei confronti di persone portatrici di bisogni, ciò significa doversi occupare di dolore e sofferenza mentale e dover promuovere interazioni costruttive con utenti che, a fronte della regressione psichica e della debilitazione prodotta dallo stato morboso, oppongono resistenze e difficoltà su diversi livelli alla gestione di tali relazioni.

Per professionalizzare una relazione d'aiuto occorre imparare a utilizzare atteggiamenti mentali che sono caratteristici delle capacità adulte e genitoriali della mente (specificheremo meglio in seguito questo concetto) non attraverso un'adesione sterile e formale a prescrizioni moralistiche e ideologiche, ma attraverso la capacità di entrare in contatto con gli aspetti emotivi e profondi della realtà soggettiva e interpersonale e il successivo utilizzo di questa capacità al servizio del pensiero e dell'agire orientato dal pensiero.

Nella prima parte del libro abbiamo cercato di affrontare questi temi, tenendo presente quali fossero gli argomenti che in questi anni di lavoro con gli infermieri ci sono sembrati più utili.

Nel primo capitolo del testo verranno affrontati il problema del ruolo e dell'identità professionale degli allievi, degli infermieri e dei capi sala, per evidenziare problemi di ambivalenza e di confusione che possono avere un riflesso diretto sulla pratica operativa.

Nel secondo capitolo parleremo innanzitutto del funzionamento mentale come sistema che organizza il rapporto soma-psiche, partendo dalla differenziazione della psiche dalla mente. Successivamente introdurremo il concetto di sofferenza mentale, distinguendola dal dolore in senso stretto, poiché si tratta di sofferenze intrise di elementi soggettivi interni e profondi; analizzeremo infine le diverse modalità con cui è possibile fronteggiare la sofferenza mentale con differenti gradi di adeguatezza e maturità.

Nel terzo capitolo tratteremo delle qualità intrinseche alla relazione d'aiuto e della differenza che esiste tra "curare" e "prendersi cura". Vedremo in seguito come questo modello di relazione, in grado di contenere e aiutare, non abbia nulla a che fare con progetti maniacali e/o onnipotenti, ma, anzi, possa svilupparsi solo a partire da una buona elaborazione dei nostri desideri irrazionali di onnipotenza salvifica, cioè delle fantasie di poter salvare e guarire magicamente l'altro attraverso il nostro desiderio, impegno, volontà. Illusteremo infine alcune interazioni tra l'infermiere professionale e il paziente e le aspettative irrealistiche o i timori che accompagnano queste relazioni d'aiuto, sia da parte dell'uno che dell'altro. È proprio a partire dal tenere conto di questi aspetti che potremo individuare le interazioni costruttive che promuovono e sostengono relazioni d'aiuto efficaci; queste ultime, infatti, non possono svilupparsi quando sono negate le fantasie irrazionali che intervengono disturbando la relazione.

Il quarto e il quinto capitolo affrontano il problema della malattia e della morte. Anche in questo caso verrà utilizzata una chiave di lettura di tipo psicoanalitico sia per favorire una maggior comprensione di questi fenomeni, sia per permettere una possibilità di migliore gestione delle implicazioni emotive presenti in queste situazioni.

Nella seconda parte parleremo della relazione d'aiuto con il paziente dializzato riportando una ricerca-azione effettuata presso l'ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, che prende in considerazione proprio gli aspetti emotivi e relazionali presenti nella relazione infermiere-paziente. Questo contributo vuole quindi essere un esempio, documentato in forma di ricerca scientifica, di ciò che può accadere a livello emotivo, sul piano delle aspettative, delle fantasie, delle ansie, nella relazione tra infermiere e paziente. Il contesto della dialisi è naturalmente peculiare, ma l'insieme di angosce e emozioni che emergono potranno facilmente essere ricontestualizzate dal lettore e utilizzate per comprendere anche altre situazioni. Trattandosi di una ricerca-azione, l'intervento ha avuto lo scopo di individuare i problemi relativi al reparto, in modo da poter in seguito effettuare un intervento formativo mirato e specifico che permettesse a tutta l'équipe di avere dei momenti di confronto sui problemi esistenti e sulle modalità per affrontarli.