

LA FORMAZIONE ALLA RELAZIONE IN AMBITO ONCOLOGICO

Publicato su “La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento (a cura di G. Morasso, M. Tomamichel), Carocci, Roma, 2005.

Autori: Anita Caruso, Laura Bongiorno

1. Introduzione

Da parecchi anni, all'interno del nostro sistema sanitario, è in atto un profondo cambiamento culturale: si fa strada la consapevolezza che il compito della medicina non possa esaurirsi nella cura della malattia, ma debba tener conto di un obiettivo più ampio, che prenda in considerazione la salute della persona nella sua globalità.

La novità interessante è rappresentata dall'ampliamento del concetto di Salute, intesa non come “assenza di malattia” ma come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale”. La convinzione che il sistema sanitario dovrebbe occuparsi della salute psicofisica globale della persona e non solo della malattia, non si accompagna però ad un aggiornamento dei programmi formativi universitari per gli operatori sanitari.

Mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità sembra sottolineare l'importanza di un approccio centrato sulla persona, considerando come scopo ultimo il miglioramento della qualità di vita, l'organizzazione del sistema sanitario sembra ancora legata ad un modello medico focalizzato sulla diagnosi e sulla cura della malattia.

Da una parte l'enorme progresso tecnologico del sapere medico e la mole crescente d'informazioni hanno portato ad una sempre maggiore specializzazione della professionalità sanitaria, consentendo di migliorare la qualità delle cure prestate; dall'altra parte, l'inevitabile scomposizione delle competenze specialistiche ha contribuito all'isolamento dei vari “esperti”, che spesso sembrano vedere solo l'organo ferito, dimenticando l'enorme potenzialità curativa della relazione. Aumentano le capacità scientifiche e tecniche degli operatori ma diminuisce la capacità di entrare in contatto con l'altro.

Molti operatori sono iper-specializzati nella cura di una piccola parte e raramente sembrano accorgersi che la complessità dell'essere umano non può essere compresa attraverso l'analisi delle sue singole parti: la persona è molto di più che un insieme di organi. Inoltre, soprattutto in ambito oncologico, non sempre per il paziente il miglioramento della qualità di vita coincide con la cura della malattia.

Si impone, oggi, la necessità di fare un passo indietro, un “ritorno consapevole” ad una cultura sanitaria capace di fare i conti con i propri limiti e di recuperare un approccio olistico al paziente che integri gli aspetti biologici, psicologici e sociali della persona, per attuare un processo terapeutico che abbia come scopo il miglioramento della qualità di vita, non necessariamente la guarigione dell'organo malato.

Ma il cambiamento non riguarda solo l'attenzione alla qualità delle cure prestate. Bisogna tener conto anche di un'utenza che sta cambiando: grazie alla maggiore scolarizzazione e alla diffusione dei moderni mezzi informatici, il paziente è sempre più preparato, consapevole, esigente e meno disposto ad affidarsi ciecamente alle cure del personale sanitario.

Si assiste inoltre, soprattutto in ambito oncologico, a un disagio crescente di molti operatori sanitari che reagiscono all'enorme impegno emotivo richiesto dalla loro professione con un grave malessere, che spesso sfocia nella ormai nota sindrome del burn-out. La consapevolezza della necessità di un cambiamento non basta per attuarlo: è necessario uno sforzo formativo considerevole per adeguare il sistema sanitario alle nuove esigenze degli utenti e degli operatori.

La formazione sembra essere lo strumento d'elezione per promuovere una reale umanizzazione delle cure e migliorare la qualità dei servizi erogati dalle strutture. L'obiettivo principale di tale formazione dovrebbe essere quello di un adeguamento continuo ai valori e ai bisogni dell'utenza da una parte, degli operatori dall'altra.

La formazione psicologica in ambito oncologico rappresenta per l'operatore sia un dovere di aggiornamento che gli consenta di adeguarsi ad una società in continuo mutamento, sia un diritto in quanto strumento privilegiato per la prevenzione del burn-out.

Spesso gli operatori sanitari sono ben consapevoli dell'importanza del contatto umano col malato, ma, pressati dai compiti di cura, costretti ad affrontare continuamente il disagio insito nella relazione col malato, si trovano in una situazione difficile; sentono di “non saper che fare” all'interno di questa relazione, di non aver strumenti adeguati per gestire il contatto col paziente, con la sua famiglia e con gli stessi colleghi.

Quanto appena detto sottolinea la necessità che la capacità di entrare in relazione, finora considerata più che altro come una caratteristica personale di alcuni operatori, diventi una competenza professionale da acquisire in un percorso formativo. È importante che questo percorso formativo prepari le diverse figure professionali anche a lavorare insieme, ad integrare le diverse competenze in un reale lavoro di équipe.

L'insufficienza della formazione ha gravi ripercussioni non solo sul paziente ma anche sul benessere psicofisico del personale curante ed è uno dei fattori che possono favorire demotivazione rispetto al proprio lavoro, affaticamento eccessivo e conflitti tra colleghi.

In breve, nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita del paziente oncologico, non dell'eliminazione del sintomo, è fondamentale che tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura abbiano un'adeguata formazione psicologica alla relazione. Compito degli operatori sanitari non è necessariamente quello di “guarire” ma anche quello di accompagnare il malato nel suo percorso, qualunque esso sia.

Certo il passaggio da una concezione meccanicistica della malattia a una visione olistica, dalla malattia all'uomo malato, dall'organo alla persona, non è facile.

2. La formazione alla relazione d'aiuto

La formazione in psiconcologia è un processo complesso che intende “dar forma” alla professionalità dell'operatore sanitario attraverso l'integrazione di tre aree:

- conoscenze teoriche;
- competenze tecniche (capacità di applicare ciò che si è appreso);
- capacità di stabilire una relazione d'aiuto.

Le prime due aree comprendono informazioni specifiche per ciascuna professionalità e in parte sono acquisite durante la formazione accademica. Manca invece, all'interno dei diversi corsi di studi, una formazione alla relazione d'aiuto che dovrebbe rappresentare una competenza comune a tutti gli operatori sanitari, in special modo a quelle figure professionali che lavorano in ambito oncologico.

Comunicare una diagnosi, accompagnare malato e familiari nell'evolversi della malattia oncologica, integrare le competenze dei vari membri dell'équipe, sono tutte operazioni che richiedono l'acquisizione di conoscenze psicologiche e una capacità di gestire le relazioni a cui spesso il personale sanitario non è preparato.

L'esperienza del cancro porta con sé una profonda crisi: diagnosi e trattamenti determinano nella persona malata una condizione di grave stress psicofisico. Più di ogni altra malattia, quella oncologica sconvolge tanto l'equilibrio dell'individuo quanto quello delle persone che gli stanno accanto. L'operatore che assiste il malato oncologico si trova ad affrontare una situazione difficile, che reca un carico emotivo pesantissimo e che richiede la capacità di accogliere l'altro con tutte le sue angosce, senza per altro lasciarsi travolgere dal dolore. Spesso questa situazione è ulteriormente complicata dal difficile rapporto con i propri colleghi, chiusi ognuno nella propria professionalità e poco disposti a condividere vissuti e competenze in un reale lavoro di équipe. Per questo la formazione degli operatori sanitari in psiconcologia ha come obiettivo principale quello di promuovere nell'operatore la capacità di instaurare una buona relazione sia con il paziente e i suoi familiari che con i colleghi.

Di fronte al paziente oncologico, specialmente se in fin di vita, molti operatori si lasciano travolgere dal dolore o, ancor più spesso, mettono in atto meccanismi di fuga. Gli operatori che si sentono sopraffatti dalle emozioni dei pazienti e dei loro familiari, si identificano completamente nelle loro sofferenze e non possono fare a meno di “portarsi il paziente a casa”, continuando a pensare a lui anche al di fuori del contesto lavorativo. Un'altra modalità di reazione, altrettanto frequente, è quella di difendersi da questo eccessivo impegno emotivo creandosi una sorta di “corazza” che protegga dal contatto con emozioni troppo dolorose. Entrambe queste modalità relazionali impediscono un reale contatto con l'altro e comportano dei rischi sia per l'operatore che per il paziente. Nel primo caso, l'identificazione con l'altro rischia di produrre nell'operatore un'usura emotiva considerevole, non sostenibile. La sensazione di

“portarsi il paziente a casa”, inoltre, rivela una pervasività totale del dolore che impedisce a molti operatori di mettere un limite tra lavoro e vita privata. Il malato rischia di trovarsi davanti un operatore che non riesce ad aiutarlo perché incapace di separare i suoi bisogni da quelli del paziente, un operatore troppo “invischiato” che proietta sul paziente le proprie paure. In questa relazione non c’è spazio per se stessi e nemmeno per un reale confronto con l’altro. Nel secondo caso, la presenza di una “corazza” determina un distanziamento che, inevitabilmente, raffredda la relazione, come un muro, che non permette di lasciar passare le emozioni. Anche in questo caso l’operatore non può accorgersi del paziente che ha davanti. Queste modalità relazionali rappresentano solo due esempi di possibili comportamenti di fuga dalla relazione messe in atto dagli operatori. Nella tabella n.1 sono riportate altre tattiche frequentemente usate da medici e infermieri per distanziarsi dalla sofferenza emozionale dei pazienti.

Tabella n.1: Tattiche con cui medici ed infermieri distanziano se stessi dalla sofferenza emozionale dei pazienti

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Non fare domande dirette su possibili problemi psicologici, presumendo che i pazienti li svelino spontaneamente • Dare per scontato di conoscere la causa della preoccupazione o della tristezza dei pazienti e rispondere di conseguenza • Dare false rassicurazioni • Prestare un’attenzione selettiva soltanto ai problemi fisici (quando il paziente parla spontaneamente anche di una difficoltà psicologica) • Cambiare discorso di fronte a <<domande difficili>> (“non uscirò viva di qui, vero dottore?”, “quanto tempo ho?”, “la terapia che sto facendo cambierà veramente le cose?”, “migliorerò?”) • Passare meno tempo insieme o evitare un paziente che sta morendo |
|---|

(Grassi, Biondi, Costantini, 1995).

Solo all’interno di una relazione d’aiuto l’operatore può davvero prendersi cura dell’altro e delle sue sofferenze. Il passaggio dal curare la patologia al prendersi cura della persona malata presuppone che ogni operatore acquisisca le competenze psicologiche necessarie ad instaurare una buona relazione col paziente, dove per “buona” si intende una relazione “autentica” in cui la persona malata possa sentirsi ascoltata, accolta nella sua unicità e possa così permettersi di affidarsi alle cure dell’operatore sanitario.

La formazione alla relazione in ambito oncologico è, innanzi tutto, una formazione psicologica individuale. L’aspetto principale in questa formazione riguarda un addestramento a prestare attenzione al proprio mondo interno: alle proprie emozioni o, meglio, alla “risonanza emotiva” suscitata dalla relazione con l’altro. È molto importante riconoscere queste emozioni per comprenderne il significato e trarne delle informazioni su cosa succede all’altro e a se stessi.

Questo percorso personale di auto conoscenza e accrescimento della propria capacità relazionale si centra sulla figura dell’operatore, non sull’utente. Per questo motivo non c’è differenza tra la formazione alla relazione con il paziente e la formazione alla relazione con i suoi familiari. L’acquisizione di una buona capacità relazionale permette all’operatore di essere flessibile, presente a se stesso, capace di adeguare le proprie competenze ai bisogni dell’altro: è importante insegnare agli operatori a vedere prima di tutto la persona che hanno davanti, che si tratti di un paziente, un familiare o un collega.

Questo tipo di formazione richiede all’operatore la disponibilità a mettersi in gioco in prima persona, a mettere in discussione i propri comportamenti e atteggiamenti individuali, una maggiore consapevolezza di se stessi, dei propri vissuti, delle proprie paure e una profonda analisi delle motivazioni che hanno portato all’attività assistenziale.

Si tratta di una formazione permanente, continua, in quanto prevede anche una disponibilità ad apprendere quotidianamente dall’esperienza, da ogni incontro con le persone malate, con i familiari e con le altre figure professionali.

Partendo dal presupposto che non esiste una salute “oggettiva”, l’operatore deve rinunciare all’idea di conoscere “il modo giusto” o la “risposta giusta” per accogliere, prima di tutto all’interno di se stesso, uno spazio di incertezza necessario per accettare l’altro così com’è, nella sua diversità e unicità, senza giudicarlo.

Sicuramente una buona relazione d’aiuto è quella in cui l’operatore sente un profondo rispetto per il malato (indipendentemente dalla simpatia o antipatia che può provare), una relazione in cui non solo non

scappa davanti al dolore e alla paura (la propria e dell'altro), ma è capace di riconoscere e accogliere tutto quello che c'è in quello spazio di comunicazione che ha creato.

Spesso ai corsi di formazione gli operatori si aspettano di trovare “risposte giuste”, indicazioni chiare su cosa dire al paziente e ai familiari, convinti che esistano degli “esperti” capaci di fornirglielie. Il bisogno comprensibile dell'operatore di possedere “regole certe” che gli indichino con precisione cosa fare, rischia però di trasformarsi in una difesa che impedisce la relazione.

Una delle difficoltà maggiori che l'operatore sanitario può incontrare in questo tipo di formazione è proprio quella di dover rinunciare alle “certezze terapeutiche”: se per curare un organo malato si possono seguire delle indicazioni abbastanza precise (medicazioni, interventi chirurgici, e così via), non esistono modalità standardizzate per stabilire una relazione d'aiuto con un'altra persona. Non ci sono risposte che vanno bene per tutti in quanto non c'è un paziente uguale a un altro e non c'è nemmeno un operatore uguale ad un altro.

L'unica possibilità per gli operatori è imparare ad usare se stessi come strumento terapeutico. Anche se non c'è una risposta giusta da imparare, è possibile iniziare un percorso di ricerca di una maggiore consapevolezza personale, che abbia come scopo principale quello di una continua rielaborazione del proprio modo di entrare in relazione con l'altro.

Quanto detto può essere valido per qualsiasi ambito sanitario, ma è ancora più rilevante per l'ambito oncologico, dove spesso realmente non si può far nulla per “curare” la patologia, se non tentare di alleviare le sofferenze del malato, migliorando così la sua qualità di vita.

Un problema frequente in questo settore è il penoso impatto, inevitabile nel caso dei malati terminali, che l'operatore sanitario ha con i limiti della propria professione d'aiuto: il contatto con la morte dell'altro non solo costringe l'operatore a un continuo confronto con le sue paure e le sue angosce di morte, ma infrange la fantasia onnipotente di “poter guarire” l'altro, provocando un'inevitabile frustrazione che alimenta vissuti d'impotenza, inutilità e paura.

In realtà, anche nei casi di patologie particolarmente invalidanti, qualcosa si può fare: si può ascoltare e accogliere la persona, si può creare uno spazio relazionale, all'interno del quale comunicare al paziente la propria presenza e disponibilità a stare con lui. Spesso un sorriso, una parola di conforto o, ancor di più, la sola presenza consapevole, può essere, per il malato oncologico in fase terminale, molto più utile di qualsiasi prescrizione medica.

Questo atteggiamento si può definire “empatico” e consiste essenzialmente nella capacità di immedesimarsi nel vissuto altrui ma anche nel proprio (senza dimenticare se stessi, come succede nell'identificazione). L'empatia è un aspetto fondamentale della relazione d'aiuto. Essere empatici significa entrare nel mondo personale dell'altro, sentirne le emozioni senza dimenticare la propria identità, mantenendo una sufficiente distanza emotiva.

Una corretta formazione alla relazione dovrebbe promuovere nell'operatore la ricerca di una modalità personale di stare vicino all'altro senza invaderlo, senza essere intrusivo ma anche senza farsi risucchiare dalla sua sofferenza. D'altra parte, non bisogna dimenticare che, una relativa distanza emotiva, è indispensabile all'operatore per mantenere la propria autonomia e la neutralità necessaria nella valutazione clinica.

3. La formazione al lavoro in équipe

Una formazione che ha come scopo principale quello di promuovere un approccio globale al paziente oncologico, non può dimenticare l'importanza dell'integrazione delle diverse professionalità in un lavoro di équipe. Per completare la formazione psicologica dell'operatore che lavora in ambito oncologico, è importante quindi prendere in considerazione anche lo sviluppo di una competenza al lavoro in équipe integrata.

La formazione al lavoro in équipe è necessaria per due motivi: da una parte offre la possibilità all'operatore stesso di usare l'équipe come strumento per gestire lo stress e il disagio emotivo che lo mettono continuamente a rischio di burn-out, dall'altra la presenza di una équipe integrata garantisce al paziente una buona qualità del servizio.

Il burn-out è una condizione di disagio psicologico determinato dall'attività lavorativa, caratterizzato da esaurimento fisico, sentimenti di impotenza e demotivazione, che si traducono in atteggiamenti di rigidità, cinismo, svalutazione e indifferenza nei confronti dei pazienti.

Tutti gli operatori che si occupano di relazione d'aiuto sono soggetti a questa particolare forma di stress lavorativo legato all'attività assistenziale. In oncologia il problema si acuisce: l'esperienza del cancro è spesso devastante, per la persona malata e per i suoi familiari ma anche per gli operatori. Il continuo contatto col dolore e con la morte, richiede una maggiore capacità di gestire l'emozionalità all'interno della relazione con il paziente e con la sua famiglia.

La cura del paziente oncologico prevede l'intervento di diverse figure professionali (oncologi, medici, fisioterapisti, psicologi, psichiatri, radioterapisti, volontari, e così via) le cui diverse competenze devono potersi integrare per assicurare al paziente un'assistenza globale, continua e coerente.

Purtroppo, quello che spesso succede è che il paziente, circondato da diversi operatori isolati e concentrati esclusivamente sulla loro area d'interesse, si trovi senza punti di riferimento, a dover gestire informazioni a volte frammentarie. Nella realtà i pazienti lamentano spesso di ricevere informazioni contraddittorie o poco chiare da parte delle diverse figure professionali: questa situazione contribuisce ad aggravare lo stress del malato.

Solo nel reciproco rispetto delle diverse modalità operative e delle specifiche competenze, si può pensare di elaborare una modalità comune di approccio al paziente oncologico; partendo ognuno dalla parzialità del proprio punto di vista, ma con il desiderio di integrarlo e condividerlo.

Perché si realizzi una vera integrazione non basta semplicemente mettere nello stesso reparto figure professionali diverse. Il passaggio al lavoro d'équipe non è automatico, né semplice: occorre una formazione specifica per integrare competenze e linguaggi diversi in un approccio comune.

La formazione psicologica al lavoro in équipe mira principalmente al raggiungimento di una maggiore consapevolezza del proprio ruolo e all'acquisizione di conoscenze psicologiche che favoriscono un'adeguata comunicazione tra i membri dell'équipe.

Uno dei momenti d'integrazione più importanti sono le riunioni d'équipe. Queste riunioni sono uno strumento prezioso per gli operatori ma si trasformano spesso in inutili spazi di polemica e frustrazione. Le riunioni d'équipe nascono con l'obiettivo di permettere uno scambio d'informazioni tra le diverse figure professionali ma è importante che rappresentino anche un'occasione per creare un clima di ascolto e collaborazione, un luogo per la condivisione di esperienze, problemi, angosce.

Esistono alcune condizioni fondamentali che devono essere rispettate per evitare che le riunioni d'équipe si trasformino in sterili discussioni (tab. n. 2).

Tabella n.2: Alcune condizioni fondamentali per una buona riunione d'équipe

- **Chiarezza nella definizione di regole e obiettivi comuni;**
- **Presenza di un coordinatore il cui ruolo sia riconosciuto da tutti i membri dell'équipe;**
- **Chiarezza nella definizione dei ruoli professionali dei singoli operatori all'interno dell'équipe:** devono essere chiari i compiti di ciascuno e le rispettive aree di intervento. Interdisciplinarietà significa condivisione, non confusione o sovrapposizione. Ogni operatore deve mantenere la sua specifica professionalità e responsabilità degli aspetti della cura del paziente che gli competono;
- **Uso di un linguaggio comune:** l'équipe in oncologia è rappresentata da figure professionali provenienti da una formazione molto diversa: medici, infermieri, psicologi e così via, devono trovare un linguaggio comune che consenta una facile comprensione dei problemi a tutti;
- **Luogo in cui riunirsi:** non è da sottovalutare l'importanza di avere uno spazio fisico in cui potersi riunire, ma è importante soprattutto che ogni operatore trovi dentro di sé uno spazio personale da dedicare alla condivisione e alla collaborazione con i colleghi.

All'interno dell'équipe, l'operatore può acquisire e sperimentare conoscenze e competenze che lo rendano capace di entrare in relazione con maggior serenità con il paziente e la famiglia.

Il lavoro in équipe integrata favorisce il confronto e l'elaborazione collettiva, rappresenta un momento di partecipazione e di aggiornamento ed offre una preziosa occasione di formazione sul campo. La diversità delle competenze dei diversi operatori presenti all'interno dell'équipe non può che arricchire ogni singola professionalità.

4. Strumenti per la formazione alla relazione d'aiuto

Nei corsi di formazione alla relazione in ambito oncologico le modalità didattiche classiche (lezioni teoriche, tecniche d'aula interattive) devono essere integrate da esperienze pratiche di confronto e addestramento, individuale e in gruppo. Gli stessi contenuti teorici devono essere trasmessi in un contesto che ne permetta l'elaborazione personale.

La formazione psicologica alla relazione si realizza attraverso l'applicazione di varie tecniche formative che favoriscono l'elaborazione o la rielaborazione individuale dei temi appresi. La tabella n.3 ne illustra alcune.

Tabella n.3: Alcune tecniche formative usate nei corsi di formazione alla relazione d'aiuto

<ul style="list-style-type: none"> • Gruppo esperienziale; • Discussione di casi clinici; • Lavoro a piccoli gruppi; • Simulata e gioco di ruolo;

- Il gruppo esperienziale.

Per la formazione degli operatori alla relazione d'aiuto, il gruppo esperienziale risulta uno strumento particolarmente utile: l'apprendimento di modalità relazionali alternative e la presa di coscienza di problemi comuni, si realizzano molto più facilmente attraverso la condivisione dell'esperienza propria e degli altri.

Il gruppo è costituito da tutti i partecipanti al corso e da un conduttore, in genere uno psicologo. Spesso i corsi si aprono con la richiesta, da parte del conduttore del gruppo, di mettersi in circolo: questa disposizione permette a tutti un buon contatto visivo. Si crea così un "cerchio" che rappresenta lo spazio del gruppo: uno spazio protetto, fisico ma anche psicologico, all'interno del quale è possibile condividere esperienze e vissuti personali anche dolorosi.

In questo tipo di formazione il lavoro in gruppo verte essenzialmente sulla discussione e l'elaborazione dei vissuti legati all'attività assistenziale, con lo scopo di promuovere nell'operatore una maggiore consapevolezza dei propri atteggiamenti verso la malattia, le cure, la morte, il dolore e comportamenti verso il paziente, la famiglia e i colleghi.

La tabella n.4 illustra i principali obiettivi del conduttore di un gruppo esperienziale per operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico.

Tabella n. 4: Principali obiettivi del conduttore del gruppo

Promuovere nell'operatore:

- Un atteggiamento di apertura verso gli altri;
- La disponibilità ad imparare dall'esperienza;
- Un atteggiamento di flessibilità nell'approccio ai problemi lavorativi;
- Una capacità di introspezione che faciliti la consapevolezza dei propri sentimenti;
- La capacità di valutare e intervenire sul proprio mondo interno;
- Una capacità di ascolto attivo di se stesso e degli altri;
- La consapevolezza del proprio ruolo e della propria motivazione al lavoro;
- La capacità di comunicare con i colleghi e di lavorare in équipe;
- La capacità di gestire l'emozionalità della relazione.

Un esempio di lavoro con il gruppo che è possibile proporre all'interno di un corso di formazione alla relazione è l'analisi delle aspettative. Il conduttore può chiedere a tutti di presentarsi, esponendo agli altri membri del gruppo le aspettative relative all'esperienza formativa che sta iniziando. Molti operatori hanno aspettative irrealistiche rispetto all'evento formativo che, se non considerate, possono portare a facili delusioni: "capire subito il paziente", "imparare a conoscere la risposta giusta al momento giusto", sono aspettative che non possono essere soddisfatte da una formazione che parte dal presupposto che non ci sono risposte giuste adatte a qualsiasi situazione.

La condivisione delle aspettative favorisce la reciproca conoscenza tra i membri, rappresenta un primo momento di consapevolezza di se stessi e dei propri bisogni e permette al conduttore del gruppo, per quanto possibile, di adeguare i contenuti del corso ai bisogni formativi degli operatori.

La tabella n.5 riporta, a titolo di esempio, l'elenco delle aspettative di 52 infermieri professionali che hanno partecipato a due corsi di formazione alla relazione d'aiuto nella pratica clinica infermieristica, organizzati dal Polo oncologico dell'Istituto Regina Elena di Roma e dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, con il patrocinio della Società Italiana di Psico-Oncologia.

Spesso la realtà lavorativa è ben diversa da quella che gli operatori si aspettano di trovare. Molti operatori hanno aspettative inconsapevoli, irrealizzabili, che si scontrano facilmente con la realtà, favorendo situazioni di stress e demotivazione. Alcune delle aspettative inconsce più comuni sono quelle di poter "salvare" tutti i pazienti, di essere simpatici a tutti, di essere sempre bravi, e così via. A volte non sono le aspettative ad essere irrealistiche, ma è la realtà lavorativa che si presenta carente: spesso le strutture sono fatiscenti, mancano le figure professionali, mancano gli spazi, gli operatori sono pochi e così via.

Per tali motivi, favorire negli operatori la consapevolezza delle proprie aspettative è molto importante,

Tabella n.5: Aspettative dei partecipanti ai corsi "La relazione d'aiuto nella pratica clinica infermieristica".

Competenze teoriche e tecniche

- Acquisire "conoscenze tecniche" in campo psiconcologico, sapere e capire di più;
- Migliorare la propria professionalità;
- Imparare a gestire la cartella infermieristica;
- Imparare a colmare i vuoti delle diagnosi fatte dal medico;
- Imparare a comunicare al paziente "la cosa giusta al momento giusto";
- Imparare a "capire al volo" i bisogni del paziente;
- Capire come prevenire il rischio di burn-out;

Competenze alla relazione

- Imparare a non evitare la relazione con il paziente;
- Imparare a non piangere per i pazienti, a non farsi influenzare troppo dalle sue esperienze di malattia;
- Apprendere una più funzionale modalità di comunicazione col paziente, con la famiglia e con gli altri operatori;
- Imparare come scindere i propri bisogni da quelli del malato;
- Imparare a gestire il livello emozionale del rapporto con il paziente, evitando il "pietismo" e l'eccessivo coinvolgimento;
- Imparare ad aiutare se stessi per aiutare i pazienti;
- Farsi forza e arricchirsi;
- Gestire il disagio di dover comunicare o spiegare le diagnosi peggiori;
- Gestire le dinamiche emotive interne all'equipe curante;
- Imparare ad affrontare il continuo contatto con la morte;
- Imparare ad ascoltare;
- Riuscire a difendersi dall'eccessiva emotività senza raffreddare il rapporto;
- Condividere esperienze con i colleghi.

anche perché le aspettative hanno un ruolo fondamentale nella definizione dei rapporti umani: condizionano la percezione dell'altro e quindi il modo di relazionarsi al paziente, alla famiglia, ai colleghi e alla struttura all'interno della quale si lavora.

• Discussione di casi clinici.

I casi clinici rappresentano un'utile esemplificazione della teoria. La presentazione e discussione di casi permette agli allievi di apprendere diverse modalità d'intervento attraverso il racconto di esperienze cliniche reali.

- Lavoro a piccoli gruppi.

Una delle difficoltà maggiori degli operatori è quella di riuscire a mettere in pratica nella loro attività quotidiana gli elementi teorici appresi. La tecnica del “lavoro” a piccoli gruppi prevede che i partecipanti al corso siano divisi in sottogruppi sia per lavorare su tematiche specifiche o su un progetto operativo, sia per far acquisire ad ogni membro una consapevolezza delle difficoltà e delle risorse che un lavoro in gruppo può offrire.

In genere il lavoro del piccolo gruppo è poi riportato all’interno del gruppo allargato, in questo modo tutti hanno la possibilità di imparare anche dall’esperienza degli altri piccoli gruppi. Può essere utile proporre al gruppo allargato di pensare insieme strategie alternative per risolvere i problemi che il singolo o il piccolo gruppo non è riuscito a risolvere.

- Simulata e gioco di ruolo

Simulata e gioco di ruolo sono tecniche simili che derivano dalle teorie psicodrammatiche.

Agli operatori viene chiesto di recitare una parte in una scena che può essere appositamente inventata dal conduttore, oppure ispirata a una situazione lavorativa reale proposta da uno dei membri del gruppo.

La simulata consiste nella messa in scena di una tipica situazione problematica in ambito oncologico, ad esempio la comunicazione della diagnosi di cancro al paziente e/o ai familiari.

Nel gioco di ruolo la richiesta è di interpretare il ruolo di un’altra persona o di una parte di se stessi che solitamente non è messa in gioco; per esempio si può chiedere all’operatore di impersonare un paziente considerato insopportabile, un familiare o un altro operatore con il quale si ha una relazione problematica. Rappresentare una scena o recitare di “essere qualcun altro” è in realtà un modo per accostarsi a se stessi, per esprimere parti di sé e riconoscere modalità relazionali disfunzionali non consapevoli messe in atto nella relazione con l’altro.

Attraverso la simulata o il gioco di ruolo, ogni membro del gruppo può sperimentare nuovi modi di essere con il paziente, con la famiglia del paziente e con i colleghi. La rappresentazione ha il vantaggio di poter essere provata e riprovata più volte, finché non si trova una modalità soddisfacente di gestire le relazioni problematiche.

Dopo la simulata o il gioco di ruolo si discute l’esperienza all’interno del gruppo e si elaborano i vissuti dei singoli partecipanti.

Queste tecniche offrono all’operatore sanitario l’occasione di sperimentare emozioni e comportamenti in un ambiente protetto, di dare spazio alla rabbia, alla frustrazione e al dolore legati all’attività lavorativa.

4. Conclusioni

La relazione tra operatore e paziente è fortemente condizionata dalla soggettività dell’operatore e nessuna buona volontà o buon senso può rimpiazzare la carenza delle necessarie competenze a gestire la relazione con il paziente, i suoi familiari e con i colleghi. Per questo la formazione psicologica alla relazione d’aiuto dovrebbe rappresentare un percorso fondamentale, comune a tutti gli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico.

La capacità di stabilire una relazione non si acquisisce una volta per sempre, ma è un obiettivo presente per tutta la vita. In questo senso la formazione alla relazione può essere sicuramente “scomoda”, perché richiede all’operatore una disponibilità a mettersi in gioco continuamente, rinunciando alle certezze di un sapere tecnicistico, per lasciar spazio a una maggiore attenzione alla particolarità di ogni relazione.

Ogni operatore dovrebbe avere la possibilità di avviare un percorso di crescita personale, che gli permetta di elaborare i contenuti emotivi legati alla sua attività assistenziale. In quest’ottica fare formazione non significa solo rinnovare e aggiornare nozioni e conoscenze, ma anche e soprattutto promuovere nell’operatore la ricerca di una modalità personale di presa in carico del malato nella sua globalità.

La relazione non è qualcosa in più, che si aggiunge alle classiche cure mediche ma è l’aspetto centrale di qualsiasi cura.

BIBLIOGRAFIA

A.A.V.V., *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica in Psico-Oncologia*. Linee guida della Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO), Ottobre 1998.

BERTINI M.(1988), *Dalla Psicologia medica alla psicologia della salute*, in “Psicologia e salute”, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

CARUSO A., RAVENNA A.R., TRAMONTANA A., MAGGI G., CONDOLEO M.F., ARCIDIACONO S., NATALI P., SQUARCIONE S.(2001), *La formazione psicologica degli operatori: la proposta di un modello interdisciplinare*, in *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 1,3/2001, pp.12-16.

CARUSO A., TRAMONTANA A., RAVENNA, A.R.(2002), *La formazione degli operatori in psico-oncologia*, in *Formazione in Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, Nuove prospettive in psico oncologia, n. 46/2002 pp.14-19.

CARUSO A., DI FRANCESCO B.(2002), *L'intervento integrato in psiconcologia*, in “Psiconcologia”, a cura di Bellani M., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P., Masson, Milano, pp.952-fg960.

CECCHINI M.G., TADDEI G.(2003), *La definizione del metodo come base per un'etica della relazione d'aiuto*, in *Formazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia, Psiche e Teatro*, n.2/2003, pp.104109.

CORGATELLI G.(2000), *Attori e modelli per la formazione continua del medico*, in *L'Arco di Giano*, n. 25, autunno 2000, Edizioni Cidas, Roma.

DEL VECCHIO G., BARBERIS L.(2000), *Metodologia della formazione continua e dell'educazione degli adulti*, in *L'Arco di Giano*, n. 25, autunno 2000, Edizioni Cidas, Roma.

FERRI V.(2001), *Centralità dei bisogni nella relazione di cura*, in “Sarà così lasciare la vita”, a cura di Crozzoli Aite L., ed. Paoline, Roma.

FERRI V., TERESI N. (2002), *Il lavoro di rete in oncologia: l'esperienza del centro di ascolto Gigi Ghirotti*, in “Formazione in Psicologia Psicoterapia Psichiatria”, n. 46/2002 pp. 70-79.

GRASSI L., BIONDI M., COSTANTINI A. (2003), *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

LABBROZZI D. (1992), *Verso un'efficace relazione d'aiuto. Note introduttive alla psicologia medica*, in “Polarità”, vol.6 n.1/1992, pp.105-124.

MARES J.(2001), *La relazione d'aiuto comprensiva: una visione sociale/medica/psichiatrica di alcuni fattori che la rendono difficile*, in *Formazione in Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, La relazione d'aiuto tra tradizione e innovazione, n. 41/42-2000/2001 pp.30-343.

MORASSO G. a cura di (1998), *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

SCILLIGO P. (1994), *La relazione d'aiuto fondata sull'azione*, in “Polarità”, vol.8 n.3/1994, pp.381-448.

SPINSANTI S.(2000), *Curare e prendersi cura*, Edizioni Cidas, Roma.