

# **Su un Gruppo Balint (rivisitato) con gli operatori di un Reparto di Anestesia e Rianimazione Generale**

prof. Lucio Sarno

Primario del Servizio di Psicologia Clinica della Salute dell'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele.

Professore ordinario di Psicologia Clinica

Titolare della cattedra di Psicoterapia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele.

La mia attività nell'ambito della conduzione di gruppi "psicologici" a finalità formative e/o cliniche ha avuto inizio nei primi anni settanta in modo complementare e parallelo a quello relativo alla mia formazione psicoanalitica, sia in ambito individuale (Società Psicoanalitica Italiana), che in quello grupale (Centro Ricerche Psicoanalitiche di Gruppo, Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo).

Ho sempre ritenuto il gruppo uno strumento prezioso, sia per la formazione che per la cura, in tutte quelle situazioni in cui la formazione, declinata all'interno di attività di insegnamento-apprendimento risulti almeno parzialmente sterile in quanto sottratta alla possibilità di un contatto "concreto" con gli ambiti e le situazioni quotidianamente vissute dagli operatori/professionisti.

Il gruppo, il lavoro di gruppo è in grado, invece, di intercettare le dinamiche personali e relazionali che sostengono, da una parte la motivazione allo svolgimento di una determinata attività, dall'altra le difficoltà connesse alla realizzazione della stessa attività e, dunque, i vissuti che accompagnano, o preesistono, sostengono o ostacolano, la sua effettiva realizzazione e la qualità di questa realizzazione nell'ambito operativo di riferimento.

Bisogna, dunque, considerare il fatto che la scelta di una attività e le modalità di realizzarla discendono da aspetti motivazionali personali da cui quella determinata attività può essere successivamente sostenuta, sia nella sua possibilità di esecuzione, quanto nella qualità di realizzazione della stessa, e occorre tener conto di quanto tali fattori personali incrocino al contempo dinamiche grupali e istituzionali, che potremmo definire "fattori situazionali",

all'interno di cui si declinano effettivamente e concretamente la propria attività e le proprie competenze.

Ho iniziato a condurre gruppi in ambito scolastico con insegnanti al fine di aiutare questi a poter meglio comprendere quanto aspetti emotivi (privati) valoriali, ideali e/o ideologici, potessero sostenere o meno il proprio operare, e quanto fosse importante comprendere quegli elementi di sofferenza individuale o collettiva (gruppo di colleghi, istituzione scuola) che possono a loro volta facilitare o complicare la possibilità di realizzare nel migliore dei modi la propria attività di educatori, di insegnanti/docenti, nei confronti dei propri alunni e nei confronti dei familiari di questi che ne sono i tutori e i rappresentanti.

Ben presto tale attività ha avuto estensione in ambiti diversi laddove si è reso di volta in volta necessario intervenire per comprendere le ragioni per cui un gruppo di lavoro privato o istituzionale potesse, o meno, avere una qualità di vita adeguata alle finalità, agli obiettivi che si propone di raggiungere o ai compiti cui è preposta.

È evidente che nel tempo, già nella seconda metà degli anni settanta, la formazione clinica ha favorito in me l'interesse ad approfondire tali questioni nell'ambito più prossimo alla mia attività professionale: gruppi di formazione con colleghi psicologi, psichiatri, medici, personale sanitario; senza per questo tralasciare ambiti di intervento meno prossimi (gruppi aziendali variamente intesi). In particolare, per quel che riguarda l'ambito medico-psicologico-psichiatrico, la mia attività di gruppo si è declinata con tre modalità specifiche:

1. gruppi esperienziali: attività di gruppo finalizzate all'acquisizione di competenze cliniche a partire da una esposizione personale dei propri vissuti, ai propri conflitti, dei propri tratti, eventualmente nevrotici, e alla declinazione dei tratti personali in contesti gruppali (dinamiche di gruppo)
2. gruppi Balint: attività di gruppo tese a promuovere una riflessione, maturazione, formazione, qualificazione del proprio modo di operare a partire da una rilettura condivisa di situazioni cliniche in cui di volta in volta l'individuo e il gruppo di riferimento sono impegnati,

valorizzando al contempo l'attenzione alle problematiche che l'individuo o il gruppo possono agire consapevolmente o meno all'interno della declinazione della propria relazione con il paziente. Tale modalità formativa, pur nella sua rivisitazione critica, testimonia di una eredità lasciata a ciascuno di noi da Balint attraverso i gruppi da lui introdotti in ambito medico per favorire le competenze relazionali del medico, inteso come rappresentante di una professionalità destinata alla cura dell'altro, della sofferenza connessa allo stato di malattia e pertanto rappresentante eponimo del personale socio-sanitario che accomuna in uno infermieri, psichiatri, psicologi...

3. gruppi terapeutici: gruppi di intervento clinico destinati, in vario modo ai pazienti, sia a quelli di interesse psicopatologico e/o psichiatrico, sia a quelli di interesse più strettamente medico senza ulteriori qualificazioni psicopatologiche.

Non voglio ricostruire in dettaglio la storia di questi miei trent'anni di attività nell'ambito dei gruppi. Quello che è certo è che tale interesse si è mantenuto costante nel tempo e ha fatto sì che già all'inizio degli anni Ottanta abbia condiviso la fondazione di un Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo destinato alla formazione e alla cura attraverso il gruppo, e abbia presieduto tale Istituzione per un certo numero di anni fino a dare fondazione ad una Scuola di Formazione relativa alla conduzione psicoanalitica dei gruppi all'inizio degli anni Novanta.

Testimonianza attuale di questo mio lavoro, che vorrei considerare come un lavoro aperto al concorso di riflessioni ed esperienze di tutti coloro che a questo tema sono interessati, è l'attività avviata presso la Fondazione-Ospedale San Raffaele di Milano, dove ho deciso di trasferire, già alcuni anni fa, la mia attività di Professore Universitario e la mia attività di Clinico. Lì ho trasferito la mia Cattedra di Psicologia Clinica e di Psicoterapia individuale e di gruppo all'interno della Facoltà di Psicologia, mantenendo tuttavia, insegnamenti all'interno della Facoltà medica; in particolare un insegnamento sul lavoro di gruppo all'interno del Corso di Laurea in Scienze

Infermieristiche, e un insegnamento elettivo destinato alla relazione medico paziente per gli studenti in Medicina.

La mia attività clinica, a partire dal momento del mio arrivo alla Fondazione San Raffaele, si è tradotta nella nascita di un Servizio di Psicologia Clinica (e della Salute) destinato alla cura di tutti i pazienti non psichiatrici, al supporto e alla formazione “relazionale” di tutte quelle figure professionali impegnate nella cura in ambito medico.

In accordo con la Direzione Sanitaria della Fondazione ho promosso e diretto un progetto di ricerca finanziato dall'ISPESL, destinato alla tutela e alla prevenzione del disagio psico-fisico degli operatori della salute, che ha avuto realizzazione in due fasi:

- a. valutazione del rischio di burn-out negli operatori della salute (personale medico, infermieristico, ed anche amministrativo, della Fondazione);
- b. azioni di supporto destinate al personale impegnato in attività sanitarie critiche.

Non intendo qui riprendere in esteso i dati emersi nel corso della ricerca empirica (a.), ma condividerò alcune considerazioni che il lavoro di gruppo mi ha permesso di condurre consentendomi di comprendere meglio le cause del rischio nel personale e di promuovere al contempo un intervento di tutela della salute e di prevenzione del burn-out.

Il gruppo cui voglio qui riferirmi è quello che interessa il personale della Terapia Intensiva dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione che, ancor prima che la ricerca avesse realizzazione, aveva richiesto il mio intervento, testimoniando una condizione di malessere che, in modo quasi fisiopatologico, riguarda l'esposizione quotidiana del personale a condizioni di gravità medica di difficilissima soluzione, in cui è dunque in primo piano una estesissima esposizione dell'operatore alla sofferenza e alla morte. I dati emersi dal lavoro di ricerca avevano confermato e confortato la necessità di un lavoro comune al fine di comprendere al meglio le ragioni di tale sofferenza ma soprattutto di avviare un percorso volto alla tutela della salute fisica e psichica del personale, al fine di garantire l'equilibrio tra il mantenimento delle elevate qualità prestazionali del gruppo e la riduzione del rischio di compromissione del benessere individuale e collettivo.

L'esperienza avviata, intenzionalmente e necessariamente a termine, si prefiggeva come obiettivo la possibilità di riguardare inizialmente i dati (quantitativi) emersi dalla ricerca, al fine di qualificarli sulla base della valutazione in gruppo, trasformando così la valutazione (di tali dati) in una elaborazione collettiva che permettesse di cogliere:

- gli elementi di benessere e/o di malessere, presenti all'interno della declinazione personale delle proprie competenze professionali e della relazione con i propri pazienti.
- le condizioni di benessere e/o di malessere relative all'operare all'interno di una determinata struttura e di un determinato gruppo di lavoro.

Prima di passare ad analizzare gli elementi più significativi di questa esperienza di gruppo ritengo tuttavia utile presentare sinteticamente, i dati emersi dalla ricerca.

È da precisare che i dati quantitativi si riferiscono a un campione anonimo, (in quanto la compilazione dei questionari è stata prevista in tale forma per la tutela della privacy e a garanzia della sincerità degli intervistati). Il gruppo clinico è costituito, invece, da operatori (medici e infermieri) della Terapia Intensiva che hanno fatto richiesta di partecipare alle attività di gruppo. I dati quantitativi relativi all'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione non sono sovrapponibili, dunque, a quelli del "sub-campione" costituito dai professionisti che spontaneamente hanno deciso di partecipare all'attività di gruppo.

Gli strumenti di valutazione adoperati comprendevano fra gli altri la Maslach Burnn-out Inventory per la valutazione del "burn-out", ed una Scala di rilevazione delle strategie di coping (CISS) al fine di individuare stili comportamentali di adattamento e/o di difesa messi in opera, dagli operatori, in relazione ai fattori di stress.

Il questionario self-report *Maslach Burn-out Inventory* (MBI), permette di evidenziare indici (quantitativi) relativi a:

1. "Esaurimento emotivo": si riferisce alla sensazione dell'operatore di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;

2. “Depersonalizzazione”: riguarda modalità difensive nei confronti del malessere e del sofferenza che si traducono in risposte fredde ed impersonali nei confronti degli utenti;
3. “Realizzazione personale”: va intesa invece come la sensazione dell’operatore di essere competente e il desiderio di successo e di soddisfazione espressi nel lavorare con gli altri.

Gli stili di *coping* sono stati indagati attraverso lo strumento denominato “Ciss-2” (Situation Specific Version).

La Scala di valutazione delle modalità prevalenti di gestione delle situazioni problematiche ha consentito di individuare la presenza e la distribuzione di tre differenti stili:

- a) il coping orientato al compito;
- b) il coping orientato all’emozione;
- c) il coping orientato all’evitamento.

I dati sinteticamente presentati costituiscono i risultati conclusivi della ricerca da noi realizzata.

In accordo con il modello di Maslach (1981), fra gli elementi che caratterizzano la sindrome del Burn-out, la sensazione di essere emotivamente esaurito e fisicamente esausto a causa del proprio lavoro (esaurimento emotivo), e la tendenza a fornire risposte fredde, impersonali ed automatizzate alle richieste degli utenti (depersonalizzazione) e sono stati riscontrati tra gli operatori dell’Unità Anestesia e Rianimazione.

I risultati complessivi del Maslach Burn-out Inventory hanno infatti evidenziato livelli medio-alti nelle scale di “Esaurimento Emotivo” e “Depersonalizzazione” tra gli operatori dell’Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Generale.

La valutazione dei punteggi ottenuti dai soggetti alla Scala dell’“Esaurimento Emotivo” ha evidenziato infatti valori compresi all’estremo inferiore dei punteggi che indicano “alti” livelli di Esaurimento (>24). Anche i livelli di “Depersonalizzazione” si sono attestati su valori medio-alti collocandosi al limite superiore del *range* di riferimento dei punteggi previsti per la specifica scala del MBI (4-8).

Invece per quanto riguarda i punteggi MBI relativi alla scala della “Realizzazione personale”, è stato possibile evidenziare, in controtendenza rispetto alle altre scale, livelli medio-alti di soddisfazione, intesa come percezione, da parte degli operatori, della propria competenza professionale e come sentimento di autoaffermazione personale. Tenuto conto della difficoltà obiettiva delle condizioni di lavoro, si ritiene che la “tenuta” dei livelli di “Realizzazione personale” all’interno di un *range* medio-alto possa dipendere dalla qualità etico-umana-professionale del gruppo e dall’alto grado di idealizzazione connessa alla realizzazione della propria missione. Sembrerebbe che una buona qualità etico-ideale sostenga il personale nella sua missione professionale.

Rispetto all’utilizzo di specifiche strategie di coping (stili previsti dal “Ciss-2”), è stato possibile evidenziare l’uso di stili prevalentemente orientati al compito e all’evitamento.

È dunque ipotizzabile che gli operatori, per far fronte all’Esaurimento emotivo, tendano ad utilizzare strategie che si collocano tra l’idealizzazione della propria missione e la ricerca di una maggiore efficienza professionale.

È evidente come in questi operatori il rischio di Burn-out sia connesso all’esposizione costante alle condizioni limite dei propri pazienti e al rischio di morte costantemente connesso al proprio operare indipendentemente dalle elevate competenze professionali. È pertanto palese che il rischio di malessere cresca esponenzialmente se viene a mancare un adeguato luogo di elaborazione dei vissuti di sofferenza di ciascun operatore, di condivisione delle difficoltà interiori e professionali sperimentate in momenti particolari del loro operare, un luogo di possibile condivisione di uno spirito di gruppo. I rischi condivisi in gruppo favoriscono, infatti, la coesione del gruppo di lavoro e sostengono individualmente tutti i componenti, mentre la solitudine e/o l’isolamento possono avere ricadute negative sul piano del benessere personale e della “qualità di vita” dell’equipe di lavoro.

Sulla base di tali premesse ritengo necessario, adesso, entrare nel vivo del lavoro di gruppo estraendo dal percorso mensile compiuto nel periodo compreso tra gennaio e settembre 2005, alcune considerazioni che riguardano lo specifico del lavoro di gruppo in tale contesto.

## **Sul gruppo “1”**

Nel corso dei mesi di gestazione del gruppo è emersa, sia da parte dei medici che degli infermieri, l'intenzione iniziale di voler partecipare insieme agli incontri. Tale desiderio/intenzione, disegnava una situazione differente da molte altre in cui, invece, il personale non intende rinunciare alla specificità del proprio ruolo istituzionale, con tutte le implicazioni che tale divisione comporta:

- difesa dello status socio-professionale;
- resistenza ad un coinvolgimento paritario nella gestione professionale condivisa della sofferenza, connessa alla cura della malattia.

La richiesta sembrava, pertanto, immediatamente sostenuta dal bisogno di “prendersi cura” insieme della difficoltà connessa all'esposizione costante al dolore e alla morte dei propri pazienti.

Fra i numerosi casi presentati, che hanno animato gli incontri, mi soffermerò sull'analisi di quelli che mi appaiono a vario titolo esemplari.

Il primo in assoluto, in ordine di presentazione, è quello di una bambina di cinque anni morta in reparto in prossimità del Natale che ha preceduto l'avvio dell'esperienza.

L'evento tragico si è prodotto come conseguenza di un episodio domestico, in apparenza banale: l'occlusione derivata dall'ingestione di una pastiglia di farmaco per il mal di gola che la madre aveva costretto la bimba a prendere, nonostante questa si fosse inizialmente rifiutata mettendosi anche a piangere. Sembra che l'insistenza, il rifiuto ed il pianto abbiano influenzato il succedersi di eventi imprevedibili. Un piccolo fraintendimento ha determinato la mancata immediata assistenza da parte della madre, così come la prima errata destinazione di soccorso per la piccola ha determinato da qui l'arrivo tardivo in ospedale dopo un arresto cardio-respiratorio, ed infine l'ingresso in Reparto è avvenuto in condizioni di coma irreversibile, da cui non si è più risvegliata.

Sulla scena è dunque presente una madre ansiosamente insistente, un padre assente e un soccorso incolpevolmente ed impotentemente tardivo da parte dell'equipe. Il contesto emotivo è rappresentato dai sensi di colpa dei genitori: l'una per eccesso di presenza, l'altro per l'assenza derivante dalla recente separazione coniugale.

La domanda implicita che il gruppo rivolge al conduttore è la seguente: saprà prendersi cura di un gruppo al femminile o latiterà come il padre separato dalla moglie? È interessante notare come l'episodio sollevi emozioni intense e condivise nel gruppo in cui è presente un solo medico di sesso maschile. E mentre la pressione emotiva cresce esponenzialmente questi interverrà per segnalare di non avere nessuna memoria del caso (!). (Caso eccezionale anche per l'età della piccola paziente!)

La difficoltà familiare fa dunque da sfondo emotivo alla vicenda umana e professionale che ha messo alla prova la tenuta emotiva e la "professionalità" operativa dell'equipe. Di fronte al susseguirsi degli eventi della tragedia (il coma irreversibile e le richieste pressanti ed angosciose dei genitori) l'equipe ha sentito, giorno dopo giorno, crescere la partecipazione spontanea al dramma, cui si è accompagnata un'estensione della presenza al letto della piccola, una tolleranza inusitata nei confronti della presenza richiesta dai genitori, oltre che un sordo ma invadente sentimento di impotenza misto ad una colpa affatto ingiustificata: tutto il possibile è stato fatto con perizia, partecipazione e professionalità.

In verità quel che risulta oscuramente in gioco sono i processi identificatori in atto in un gruppo professionale a netta prevalenza femminile, e per di più con un'alta presenza di donne madri di età prossima a quella della madre della bimba in coma, e in più con figli di età prossima a quest'ultima.

La domanda implicita del gruppo può così adesso tradursi: possono gli affetti di una donna (madre) conciliarsi con la fermezza delle cure dovute a pazienti che per la loro condizione ricordano molto da vicino quella di bimbi inermi, fragili, in tutto da loro dipendenti?

Il processo di identificazione col paziente o con i suoi familiari, si presenta in modo massiccio favorendo l'emergere di percorsi emotivi che traducono l' "onnipotenza" sottostante ad una scelta professionale che consiste nell'operare costantemente in situazioni limite, in un sentimento di

impotenza dettato dall'esposizione alla assoluta imprevedibilità, all'imponderabile casualità che attraversa banali eventi di vita trasformando l' "ordinaria amministrazione" in un dover far fronte ad emergenze, in numerosi casi, di impossibile soluzione.

Emerge così una rassegna di vicende umane, oltre che cliniche, che nel succedersi quotidiano della loro singolarità imprevedibile sottraggono serenità alla dimensione privata, "domestica", della vita. Così è il caso del bimbo sgozzato dal cancello automatico mentre passeggiava tranquillo in bicicletta, o del vecchietto morto dopo avere battuto violentemente la testa nello scivolare dopo aver rilanciato la palla a dei bimbi che giocavano nel campetto della parrocchia.

Tali vicende se riguardate nella loro vivida umanità possono finire per contagiare emotivamente, trascinando tali emozioni nella vita privata extra professionale. Infatti la partecipazione emotiva alle vicende umane che contrassegnano le sorti dei propri pazienti può finire per far crescere emozioni (ansia) di difficile gestione nella relazione di cura dei propri cari (figli e genitori anziani). Insomma, come riuscire a rimanere "caldi" e umani , vicini ai propri pazienti ed ai loro familiari, senza per questo essere invasi da un eccesso incontenibile di emozioni?

A fare da contraltare a tale eccesso di *calore* umano e vicinanza affettiva di questa sensibilità declinata al femminile, e che tuttavia si deve condividere con un conduttore uomo, corrisponde la *freddezza* che sembra dover animare ogni intervento medico che si declini nella normalità di un'emergenza derivata dalle delicate condizioni del paziente, e nella natura necessariamente dolorosa degli atti medici destinati a questi pazienti speciali: bisogna agire sul "corpo-macchina" al fine di garantirne, fino al limite ultimo, il funzionamento e la possibilità di cura e salvezza; di vita.

## **Sul gruppo “2”**

In verità ciò non è sempre possibile e talvolta la cura di un paziente condannato a morire può sottrarre qualità affettiva agli ultimi momenti di vita che il paziente e i suoi familiari vorrebbero poter condividere nell'intimità domestica.

In una certa circostanza il gruppo è stato emotivamente segnato dalla lettera della moglie di un paziente deceduto che suona come una dolorosa denuncia.

Il paziente affetto da un grave tumore aveva vissuto una vita piena fino a qualche giorno prima di un intervento disperatamente tentato al fine di salvargli la vita. Il paziente fino al giorno prima di decidere di ricoverarsi per l'intervento aveva partecipato vittoriosamente ad un torneo di golf.

L'interrogativo che anima il gruppo è relativo al senso di colpa per non aver concesso al paziente la possibilità di poter morire a casa sua piuttosto che nel reparto dove era stato ricoverato a seguito delle complicanze operatorie. I pazienti che non hanno autonomia respiratoria non possono lasciare a nessun titolo il reparto, ciononostante emergono complesse questioni legate ai ricoveri di pazienti condannati alla morte.

Nella lettera la moglie segnala come il marito avrebbe desiderato poter condividere gli ultimi momenti in una intimità affettiva, privata, familiare. Al contrario, non soltanto la morte è avvenuta presso il reparto, insieme ad altri pazienti, ma la stessa morte ha reso necessario il trasferimento del paziente nella camera mortuaria proprio in occasione della festività del 25 aprile impedendo così alla signora di poter assistere amorevolmente il marito sia in vita che da morto prima della tumulazione della salma.

Il gruppo si interroga, con tangibili sensi di colpa, sulla legittimità del loro intervento, su ciò che separa, da un lato, la necessità della cura fino al rischio dell'accanimento terapeutico, e il diritto del paziente (e dei suoi familiari) alla qualità della sua morte.

La moglie del paziente deceduto era in seguito tornata al reparto portando dei biscotti alle infermiere che voleva ancora una volta ringraziare prima di consegnare la lettera che pur nel rispettoso riconoscimento della professionalità del personale, conteneva la sua dolorosa accusa riguardante il conflitto tra il dovere medico e il diritto ad una morte “calda”.

La lettera della signora sottolinea, in apertura e in chiusura, ed evoca il significato del *miserere*.

Il gruppo si interroga, dunque, sulla possibilità di condividere un dialogo che riguardi la dovuta assistenza al paziente, la qualità della morte e l'accanimento terapeutico.

Ma a questo punto il gruppo è inondato dall' “eco” virtuale di voci di pazienti, e di parenti di questi, che potrebbero invadere con le loro lamentele e la loro sofferenza l'intero Reparto occludendo ogni spazio professionale, ma soprattutto inondando la loro vita interiore di dolore intollerabile derivante dall'esposizione a queste drammatiche vicende.

Colgo ancora una volta l'intensità della sofferenza: è come se il gruppo testimoniassse la sofferenza derivante dalla impossibilità di avere regolarmente uno spazio adeguato (il gruppo Balint) all'interno del quale poter elaborare la necessità di far convivere doveri decisionali efficacemente assunti con il bisogno di metabolizzare, anche attraverso l'evacuazione narrativa condivisa, i motivi di sofferenza e di dolore umano intollerabile che attraversano tale operare.

La preoccupazione sembra in questo caso riguardare il fatto che i pazienti e i parenti potrebbero *straripare* col loro dolore occupando tutto lo spazio-tempo del lucido operare medico con le loro storie e il loro dolore. Aleggia il pensiero che l'evento morte possa far crescere esponenzialmente e in modo disturbante la drammaticità emotiva all'interno del reparto.

A contrastare il sentimento conflittuale del dovere una morte umana ai pazienti, emerge il diario dell'ultima notte trascorsa da uno dei partecipanti in pronto soccorso: due morti per suicidio. Il dramma di un giovane cocainomane, e quello inatteso di una giovane donna che dopo aver consumato la colazione assieme al marito, si è gettata dalla finestra prima di recarsi al lavoro, lasciando che il marito apprendesse la notizia della morte dai vicini.

L'inaccostabilità e l'impotenza nei confronti del silenzio che attraversa l'anima e la comunicazione della propria disperazione tratteggiano l'intollerabilità di una esposizione al dolore e alla morte che ciascuno dei partecipanti al gruppo deve poter gestire ma che gestibile non risulta nel silenzio dei sentimenti cui l'operare quotidiano costringe.

### **Sul gruppo "3"**

E al silenzio è dedicato l'ultimo incontro che precede la sospensione estiva del gruppo. Al conduttore viene donato un libro scritto da un collega anestesista, dedicato alla comunicazione limite o "impossibile" fra medico e paziente in rianimazione.

La situazione che il paziente vive nell'impossibilità di esprimere a parole i suoi sentimenti e la sua condizione, si scontra con un insieme infinito di frasi fatte che sembrano accompagnare la falsa comunicazione tra il personale e i pazienti: *come va?...*, *"dormito bene? ..."*, *etc...*

Un'anestesista racconta aneddoticamente del suo successo nel far parlare un paziente attraverso uno stratagemma tecnico e la delusione cocente che ha accompagnato le parole, le uniche, espresse dal paziente: "vaffanculo", a testimoniare la mancata corrispondenza tra ciò che l'anestesista aveva cercato di comunicare e lo stato emotivo del paziente.

Nell'imbarazzo comunicativo risulta evidente la difficoltà a conciliare la sofferenza umana testimoniata dai pazienti con le soluzioni tecnico-terapeutiche messe in atto dal personale sanitario al fine di garantire la sopravvivenza ai pazienti.

Tra il ritiro che contrassegna lo stato emotivo del paziente, aggravato dalla impossibilità, pressochè generalizzata, di fare uso della parola, e le difficoltà di contatto con tali stati mentali da parte del personale (costretto a mettere in atto difese e filtri comunicativi avvertiti come involontariamente tesi ad evitare il contatto emotivo con la sofferenza e l'angoscia della persona

malata) si colloca il vissuto di incompatibilità tra la propria partecipazione emotiva al dramma del paziente e la condizione idonea ad un operare delicato che necessita di freddezza.

Emerge la presenza di un assetto difensivo marcato e al contempo l'esigenza di una autenticità empatica che dovrebbe trovare uno spazio tra l'immedesimazione con la sofferenza del paziente, (senza tuttavia cadere nella dolorosità angosciosa della sua condizione) e il rischio di una negazione dello stato di cose in cui volge il paziente che risulta nella "banalità" di comunicazioni come quelle già citate o come quella "che bella cera ha oggi!" testimoniata con imbarazzo da una partecipante.

Il personale si chiede come si faccia ad apprendere l'attitudine a condividere la sofferenza col paziente mantenendo un atteggiamento protettivo delle altrui e delle proprie angosce e testimoniando, al contempo, un sentimento fiducioso, ma realistico (quando possibile), nel potere dal proprio atto medico e quindi nella possibilità di un miglioramento.

Il titolo del libro donato al conduttore "Cosa sognano i pesci rossi" diviene l'occasione per accostare il paziente; le sue condizioni di vita ricordano infatti quelle di un pesciolino che non può parlare e viene osservato come se fosse in una bolla d'aria all'interno di cui vede e sente tutto sebbene gli manchi la parola (e quasi la vita). Dunque emerge il bisogno di individuare le parole per raggiungere il paziente là dove egli è, all'interno di quella condizione di isolamento e di sofferenza: per sottrarlo all'isolamento, e per dividerne la sofferenza senza gravarne lo stato psichico.

Il problema della comunicazione diviene poi quello della condivisione della verità, dell'autenticità, dell'angoscia connessa al dover vivere attraverso il contatto con il paziente i riverberi del suo stato psichico interiore.

In verità il dono del libro rinvia al conduttore la testimonianza di un sentimento di gratitudine per chi sta aiutando il gruppo ad uscire dal mutismo che accompagna le condizioni del loro operare: la possibilità offerta all'equipe di partecipare a un gruppo si propone infatti come occasione per esprimere e liberarsi degli stati emotivi più intollerabili, e per riappropriarsi, al contempo, di quanto rimane silente dentro di loro e nelle relazioni vissute con colleghi e parenti. Il dono è anche occasione per ricordare al conduttore che anche loro durante l'estate, in assenza del gruppo,

rischiano di esser lasciati, come i loro pazienti, in una condizione di incomunicabilità intollerabile, senza respiro e quindi a rischio di vita.

L'identificazione con i propri pazienti domina ancora la scena e rinvia costantemente alla dolorosità eccezionale della propria condizione professionale.

## **Sul gruppo “4”**

Non è un caso se il gruppo alla ripresa testimonia una condizione di sofferenza abbandonica quasi senza speranza. Il Reparto è al momento occupato da pazienti moribondi e da pazienti che superata la crisi, avrebbero adesso bisogno di una riabilitazione adeguata.

Come conduttore, sottolineo il fatto che avere su nove posti letto ben tre o quattro posti occupati da persone vigili, che possono leggere, alzarsi, comunicare a voce, espone il personale ad una situazione nuova. Come gestire la normalità per chi ha costruito una identità all'interno di un Reparto in cui è attivo il bisogno di un costante cimento con situazioni ad alto rischio, in cui è in gioco la sopravvivenza? Il gruppo è interiormente diviso tra due stati ugualmente difficili e di difficile comparazione.

È qui che si colloca la proposta di un caso il cui senso intendo proporre come esemplare.

Viene portato in gruppo il caso di un medico donna cinquantenne e single che più volte ha subito ricoveri per il susseguirsi di aggravamenti legati a una malattia cronica, e interventi chirurgici, nei fatti inutili, dato che lei sa di essere condannata, in tempi relativamente brevi, alla morte indipendentemente dal superamento della crisi attuale. La rabbia da lei testimoniata, nei momenti in cui è vigile, è relativa alla sua stanchezza di ricevere cure, che lei considera consapevolmente sia inutili, che inutilmente dolorose. Tutto ciò rinvia nel gruppo il sentimento di un accanimento terapeutico; il senso di colpa è aggravato dal pensiero sotteraneamente condiviso con i familiari (la madre e un fratello quando vanno a trovarla) di preferirla comatosa o dormiente, dunque non agitata e rabbiosa. Nei momenti di veglia infatti traspare tutta la drammaticità della sua condizione, così

come trovano evidenza i sentimenti negativi che occupano i suoi stati mentali e mettono in seria discussione la vocazione medica alla cura e alla lotta per un recupero che talvolta ha più bisogno della fede che della fiducia. Infatti, in fondo nessuno di loro crede davvero che la paziente possa farcela, e quindi la comunicazione tra colleghi, familiari e paziente risulta a tali condizioni davvero impervia.

Il gruppo evidenzia da una parte il bisogno e il dovere di credere che qualcosa possa accadere, bisogno che si traduce nella necessità di dedicare cure senza cadere nell'accanimento terapeutico, dall'altro l'incrociarsi di questo dovere-fiducia con ciò che nell'altro (il paziente) traduce le cure in sofferenze, che vengono avvertite con quel senso di inutilità che fa da sfondo al loro operare nella misura in cui nessuno crede davvero che la situazione possa modificarsi in modo risolutivo e in termini positivi.

Peraltro ciò che produce un cambiamento momentaneo in meglio determina un aggravarsi emotivo del paziente che non supporta il bisogno del personale medico di sentirsi incoraggiato, ma testimonia anzi una insofferenza e un sentimento persecutorio nei confronti di cure che, nell'illusione di un risanamento possibile, accompagnano l'aggravarsi di uno stato di sofferenza fisica; allo stare meglio dal punto di vista medico corrisponde nella paziente il sentimento di una "qualità della vita", soggettivamente percepita come ulteriormente minata.

Il problema posto è di natura etica: l'etica professionale impone il misurarsi con le proprie capacità al fine di operare sempre più e sempre meglio in situazioni limite, ma tale operare deve declinarsi all'interno di un contesto relazionale in cui il vissuto del paziente e la sua risposta alla cura non possono essere tralasciati o risultare inascoltati o non rispettati.

In realtà l'incontro del gruppo è nei fatti il primo alla ripresa della sospensione estiva, ma anche l'ultimo al momento previsto. Il gruppo introduce, con il caso rievocato, lo stato emotivo con cui il conduttore attraverso la lettura del libro donato ha preso contatto nel corso delle vacanze estive. Se il gruppo non può essere "curato" regolarmente, gli incontri occasionali, con la crescita della consapevolezza, conducono nel personale stati emotivi di rabbiosa incurabilità che spingono lo

stesso a rifiutare le cure di un conduttore -“rianimatore”. La competenza del conduttore rischia di tradursi a queste condizioni in accanimento terapeutico. Infatti la crescita della consapevolezza e il non poter proseguire nella esperienza determina una condizione di maggiore sofferenza e di rabbia. L’agonia del paziente di cui si narra nel libro si colloca in prossimità di quella degli operatori della “terapia intensiva”, segnatamente attraversati da un senso di inutilità, e di fallimento, o anche dal timore di possedere una sensibilità inadeguata ad accogliere la sofferenza dei propri pazienti. pur testimoniando invece una qualità professionale, una idealizzazione etica della propria professione ed una sensibilità per l’umana sofferenza ben superiore alla media.

La separazione col gruppo è molto dolorosa, ma è di questi giorni la richiesta, la possibilità e la decisione di una ripresa regolare del gruppo Balint da oltre un anno sospeso.