

FORMARE ALL'APERTURA DELLE TERAPIE INTENSIVE

Dott.sse: Clara Suppa e Carlotta Montinaro

Torino, Gennaio 2009.

“Nessun uomo può bagnarsi nello stesso fiume per due volte perché né l’uomo né le acque del fiume sono le stesse”. Eraclito

INDICE

1.	INTRODUZIONE.....	5
2.	“LO PSICOLOGO IN TERAPIA INTENSIVA”.....	8
3.	L'OSSERVAZIONE.....	11
4.	IL PROGETTO	13
4.1	Obiettivi del progetto.....	14
4.2	La tecnica dello psicodramma.....	14
4.3	Il gruppo di discussione eterocentrato.....	17
4.4	Svolgimento del progetto	19
5.	CASI IN TERAPIA INTENSIVA	22
5.1	Il caso ThyssenKrupp	22
5.2	Il caso di Luca	25
5.3	Il caso di Cesare.....	27
6.	IL GRUPPO DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA TERAPIA INTENSIVA APERTA NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	30
7.	LA FORMAZIONE NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO DI TORINO.....	33

8.	IL DENTRO E IL FUORI IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA	40
8.1	Scritto preso da www.nottidiguardia.it <i>Quando sarà ora di dire basta</i>	40
8.2	Il caso di Simone.....	43
9.	CONCLUSIONI	45
9.1	Scritto preso da www.nottidiguardia.it <i>Semplici gesti</i>	48
	Interviste agli operatori sanitari dell’Ospedale SGB.....	50
10.	ALLEGATI N° 1 - 2 – 3	55
11.	BIBLIOGRAFIA	71

1. INTRODUZIONE

A Torino all'Ospedale San Giovanni Bosco si muovono i primi passi verso una Rianimazione Aperta che garantisce un più stretto contatto tra i pazienti e i loro cari. La Rianimazione Aperta dà importanza al concetto di umanizzazione del paziente. Questa unità presenta una struttura circolare che non solo facilita il lavoro di medici e infermieri durante le emergenze, ma riesce a trasmettere un significato di apertura intesa come abbattimento di barriere fisiche, temporali e relazionali. La necessità di un contatto continuo tra chi è costretto a stare a letto e i suoi parenti è innegabile. La comunicazione tra pazienti, parenti e personale sanitario è fondamentale. Di particolare importanza è la figura dell'infermiere che si pone come tramite per cogliere quelle emozioni che spesso non vengono comunicate al medico. Lo psicologo è un'altra novità del reparto. Presente non soltanto nel momento dell'emergenza, fa parte integrante dell'équipe e svolge funzione di collante fra tutti i soggetti che si trovano nell'unità di terapia intensiva. Il percorso verso la totale apertura della terapia intensiva comunque non è semplice. Giornalmente il personale sanitario deve affrontare delle difficoltà: avere dei parenti in sala, infatti è un vantaggio per i malati ma in caso di emergenza non è sempre facile gestire la situazione.

Ma qual è la percezione dei pazienti in una Terapia Intensiva? Come vivono questo evento traumatico le famiglie o ancora come viene gestita dagli operatori la quotidianità del Reparto? E' proprio in questo contesto che nasce l'idea di una psicologia clinica all'interno della Terapia Intensiva dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino. L'obiettivo del progetto, finanziato dalla Compagnia di San Paolo, è quello di ottenere la creazione ed il consolidamento di una rianimazione aperta, per favorire una maggiore qualità della vita del paziente, aumentandone la possibilità di recupero. Qui di

seguito vengono riportati alcuni esempi di studi scientifici che evidenziano proprio questa importanza:

- 1) «La cattiva qualità della comunicazione interpersonale è oggi il principale motivo di insoddisfazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e dei loro familiari» Mazzon et al. *Aspetti critici della comunicazione in Terapia Intensiva* – Minerva Anest 2001.
- 2) «Una revisione della letteratura sui bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva ha evidenziato che i familiari ritengono fondamentale ricevere rassicurazione, rimanere vicini al proprio congiunto, essere informati, essere sostenuti e messi a proprio agio». Congresso Nazionale ANIARTI 2000.
- 3) Uno studio multicentrico e randomizzato ha evidenziato che tra due tipi di approccio comunicativo ai familiari dei pazienti morenti:
 - approccio libero, “usual practice”;
 - approccio concordato con specifiche linee-guida da seguire.

I familiari del secondo gruppo (proactive approach) hanno sviluppato un minor livello di ansia e depressione rispetto al gruppo di controllo. A *Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU*. N. Engl J med 365;5 www.nejm.org february 1, 2007. A. Lautrette M.D., M. Darmon M.D., B. Megarbane M.D., L.M. Joly M.D., S. Chevret M.D., Ph.D., C. Adrie M.D., Ph.D., D. Barnoud M.D., G. Bleichner M.D., C. Bruel M.D., G. Choukroun M.D., J. Randoll Curtis M.D., F. Fieux M.D., R. Galliot M.D., M. Garrouste-Orgeas M.D., H. Georges M.D., D. Goldgran-Toledano M.D., M. Jaudain M.D. Ph.D., G. Loubert M.D., J. Reignier M.D., F. Saidi M.D., B. Souweine M.D., Ph.D., F. Vincent M.D., N. Kentish Barnes Ph.D., F. Pochard M.D., Ph.D., B. Schlemmer M.D., E. Azoulay Ph.D.

Aprire le porte significa far entrare il dolore, la rabbia, l'aggressività, lo smarrimento, la perdita dei familiari, con lo scopo di trasformare un luogo percepito come oscuro e isolato in uno spazio dove ci si possa sentire protetti. La Psicologia diventa una risorsa per la Medicina nel gestire la sofferenza dei pazienti in cura, nel guidarli, nel prendere in carico i familiari disorientati e gli operatori più direttamente coinvolti. Per favorire il cambiamento è necessario comprendere il concetto di "umanizzazione". L'ospedale infatti non deve solo essere il luogo di "riparazione" del danno biologico ed organico. Oggi l'evoluzione culturale della medicina prende in maggiore considerazione la soggettività del malato, dando più spazio anche alla professionalità psicologica.

Con il progetto della psicologia clinica in reparto, lo psicologo esce dal ruolo rigido che lo contraddistingue ed entra a far parte dell'équipe. Inizialmente il suo ingresso viene vissuto come l'intrusione di un estraneo all'interno di un gruppo consolidato. Gli operatori, che hanno una preparazione organicistica, si domandano quale sia il senso della presenza dello psicologo e che tipo di utilità possa avere. La paura del confronto impedisce l'incontro con la nuova figura, evidenziando così la difficoltà ad uscire dal ruolo rigido di operatore sanitario. Da alcuni si percepisce un allontanamento, da altri curiosità e voglia di sapere. L'entrata dello psicologo in reparto crea inizialmente disorientamento. Il rimando è "Lo psicologo va bene, ma per il sostegno ai parenti". In realtà emergono negli operatori situazioni di disagio e di inadeguatezza. Un reparto di cure intensive, infatti, espone più di altri alla perdita del benessere, quindi anche il personale sanitario costituisce l'obiettivo della "Qualità della vita". Il ruolo dello psicologo è di creare il legame tra il soggetto e l'oggetto; tra il razionale e l'irrazionale. Non si vuole alleviare e contenere la sofferenza, ma instaurare un rapporto nuovo di comunicazione tra operatori e familiari. Per raggiungere questo obiettivo si

deve formare un'équipe multidisciplinare capace di riflettere sul significato della vita e della morte.

2. LO PSICOLOGO IN TERAPIA INTENSIVA

L'esperienza in un reparto di Terapia Intensiva è sicuramente, sia dal punto di vista del paziente, che dei familiari, un evento che comporta un inevitabile cambiamento di vita. Si tratta di un vero e proprio passaggio centrale nell'esistenza, qualsiasi sia l'esito medico/diagnostico del paziente ricoverato, che trasforma lo stato di "essere" dell'individuo. In un reparto di Terapia Intensiva nasce la necessità di un approfondimento che permetta di comprendere e rispettare la "fisiologia emotivo-affettiva" di questo cambiamento, non solo fisico, ma soprattutto mentale, che viene indissolubilmente a strutturarsi. Il paziente, così pure i suoi cari, subiscono una regressione emotiva. Il precedente equilibrio personale viene a mancare, la debolezza e la sofferenza hanno il sopravvento, con un abbattimento delle difese che fino a quel momento hanno consentito un andamento sereno ed adeguato dell'esistenza.

Non solo gli aspetti organici, ma anche quelli psicologici vengono vissuti con molta intensità; questi ultimi influenzano in modo significativo la malattia e la sua evoluzione, anche se troppo sovente vengono invece sottovalutati, amplificando così il disagio per il paziente, i familiari e il personale sanitario. Il malato di Terapia Intensiva rompe d'improvviso tutti i legami che appartengono alla sua storia, si trova in uno spazio tra la vita e la morte, dove il tempo viene scandito solo dal suono delle macchine e la relazione passa attraverso un corpo dolente. Il trauma determina una spaccatura, irrompe violentemente togliendo tutte le certezze che si pensava di avere. Il paziente e

i suoi familiari sono catapultati in una situazione imprevista, divisi e separati dalla chiusura di una porta “invalicabile”, che rimane l’unico “contatto”.

Parola, tempo, spazio si destrutturano, le sensazioni di rabbia e perdita, anche se motivate, non permettono l’incontro con l’altro.

Lo Psicologo introduce la possibilità del legame con quel corpo malato e con quello che rappresenta, permettendo al “fuori” di relazionarsi con il “dentro”.

Il corpo silente ed immobile viene curato ed accudito dagli operatori e dai familiari, ma il suo tempo interiore si interrompe. Il silenzio non deve essere percepito come una privazione e come un nulla, ma come un ascolto; quando emerge la frattura fra il dentro e il fuori, i familiari e gli operatori vivono in una dimensione irreali. Aprendo le porte, invece, l’irrazionale entra: il dolore, la rabbia, l’aggressività, lo smarrimento, la perdita; tutto ciò crea caos e paure di non facile controllo, ma solo attraverso il contatto con queste emozioni si può riconoscere l’altro e restituirgli la sua identità.

Si parla molto di “umanizzazione”, ma forse bisogna chiedersi cosa significhi realmente. Non si può umanizzare se non si tiene conto della “relazione”. La soggettività non può essere vista come un mondo chiuso, isolato, che si forma e matura per conto suo, ma deve vedere la persona come prodotto della sua “relazionalità” all’interno del suo ambiente. L’essere umano non può esistere come isolato; per questo lo psicologo ha il compito di favorire il movimento continuo che dall’esterno va all’interno e dall’interno all’esterno.

Cos’è che ci allontana così tanto dalla relazione? Forse la paura di ritrovarci ad ascoltare un qualcosa di sconosciuto, o forse di dover maneggiare qualcosa di troppo prezioso a cui non sappiamo dare una collocazione, ma che in modi diversi incide totalmente su ciascuno di noi.

Lo psicologo offre la possibilità di poter ri-strutturare e dar voce ai significati, alle percezioni, alle credenze con le quali noi incidiamo a nostra volta nel mondo, dando a tutto un senso, attraverso la parola e l’ascolto.

Tutti si portano dietro un bagaglio di concetti già confezionati, regole che vengono imposte dall'esterno, ma che ci condizionano in ogni atto.

Quando si parla di “Rianimazione aperta” dobbiamo tener presente che tutte queste credenze entrano nel reparto nel momento stesso in cui si aprono le porte.

Questa è forse la difficoltà maggiore che lo psicologo deve affrontare: l'operatività del personale sanitario all'interno di un progetto di “rianimazione aperta”.

Se non si comprende a fondo il reale significato del termine “Umanizzazione”, inteso come concetto etico, non si può pensare ed ipotizzare un cambiamento concreto. Psicologi, medici e infermieri, non sono ancora preparati, psicologicamente e mentalmente, a pensarsi operatori all'interno di un contesto che vuole diventare accessibile ai familiari e a prendersi cura di un'affettività esterna ancora non così gestibile.

Risulta molto più facile chiudersi dentro un mondo complesso ed oscuro, poiché inaccessibile e quindi protettivo, che non essere osservati, studiati o criticati. L'operatore sanitario è esposto al rischio di “tralasciare” la sofferenza dei malati per evitare di andare a toccare delle emozioni personali che andrebbero elaborate.

Ecco perché uno psicologo in Terapia Intensiva!

3. L'OSSERVAZIONE

Prima di iniziare il progetto di una “Rianimazione aperta” si è cercato di capire le dinamiche del reparto attraverso lo strumento dell’osservazione. Si è provato a visualizzare possibili indicatori di disagio e ad entrare in contatto con la realtà lavorativa, le forme di comunicazione e metacomunicazione, le relazioni che si sviluppano tra le diverse figure professionali e il contesto interno ed esterno del Reparto.

Attraverso alcune ore di osservazione all’interno del reparto, è stato possibile cogliere le diverse sfumature dell'ambiente. Il Reparto ha reagito con molta curiosità all'arrivo dello psicologo: si è aperto e si è raccontato dando sfogo ad un vero e proprio bisogno, da parte di tutti gli operatori, di essere ascoltati e di sentirsi considerati non solo su un piano professionale, ma soprattutto umano e relazionale.

La Terapia Intensiva è un reparto difficile, non solo nella patologia che accoglie, ma anche nella precarietà dei posti letto e di personale, nella gestione delle emergenze e delle situazioni imprevedibili. Lo spazio contiene un corpo con i suoi deterioramenti, i sentimenti di perdita, la vita e la morte, le fantasie che toccano gli operatori. L'équipe che ci lavora è molto motivata e volenterosa, sul piano clinico-sanitario risponde con efficienza e si dimostra sempre all'altezza delle situazioni.

Lo “stare” nel reparto con un ruolo di osservatore silente ha permesso allo psicologo di cogliere un’atmosfera ricca di emozioni, stati d’animo degli operatori sanitari, sensazioni di differente natura e tipologia, che fanno fatica a trovare una collocazione precisa e una motivazione cosciente e valida per la loro esistenza. Emerge l’esigenza di negare alcuni bisogni, di rimuovere delle problematicità, di non dare ascolto a delle difficoltà, di prendere coscienza del cambiamento della professionalità e della reale possibilità di apertura delle Rianimazioni. Non c’è chiarezza sull’identità di ruolo propria di una

specifica professionalità presente nel reparto, piuttosto perplessità, difficoltà oggettive ed emotive. La loro “difesa” sta nel lavoro esecutivo, immediato, gestito all’interno di turni e di riposi che non fanno emergere i bisogni. Si evidenzia quanto sia importante una comunicazione che possa circolare e portare sviluppo, quanto sia necessaria una riorganizzazione del lavoro tra tutti gli operatori sanitari, quanto si dia la possibilità, lo spazio e la libertà per la messa in gioco, quanto sia indispensabile creare dei momenti di confronto, di scambio e quindi di formazione per permettere un’evoluzione non solo professionale ma anche umana.

L’osservazione ha permesso di riflettere sulla possibilità di modificare la modalità di lavoro per permettere “l’apertura della rianimazione”.

4. IL PROGETTO

Il Progetto è nato da una precisa mission del reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino che da tempo si occupa del tema della Bioetica in ambito ospedaliero: l'obiettivo è quello di applicare la scienza e sfruttare la tecnologia nel rispetto dei bisogni dell'Uomo. Il rispetto dell'Uomo spinge a voler creare un luogo di cura che non sia più oscuro e isolato, ma al contrario luminoso e aperto, dove ci si possa sentire protetti e guidati: in questo modo si cerca di favorire l'apertura verso l'esterno, attivando i contatti con la vita quotidiana. Il processo di umanizzazione della Terapia Intensiva non è semplice né immediato. Prevede la preparazione dei familiari ma soprattutto degli operatori.

Inoltre, l'esperienza giornaliera nel Reparto con i suoi ritmi, i suoi protocolli, le sue tecnologie e le sue regole rigide, aumenta il disagio psicologico che deriva da una vicinanza vigile ed inevitabilmente partecipe al malato. Tutto ciò, se non elaborato, può innalzare oltre i limiti tollerabili il livello dello stress nei confronti di tutto il sistema di cura.

Infatti, il rispetto per l'individuo implica non solo l'interesse per la sua soggettività, ma anche l'utilizzo di tutti gli strumenti culturali e tecnici, come la Psicologia, capaci di ridurre o limitare il danno complessivo sotto tutti i punti di vista. Gli psicologi sono coinvolti in un progetto di "conservazione della vita", all'interno di un processo che si esprime attraverso interventi mirati e specifici sia in favore del paziente che dei familiari, favorendo un contesto di accettazione, adattamento e reazione alla patologia.

4.1 Obiettivi del progetto

Il progetto ha come obiettivo fondamentale quello di ottenere la creazione ed il consolidamento di “una rianimazione aperta” che possa offrire un reparto di maggiore qualità sotto più punti di vista: quello del paziente, dei familiari dello stesso e di tutti gli operatori sanitari. In altre parole, con questo progetto la Psicologia diventa risorsa per la Medicina dando un contributo essenziale nel gestire:

- La sofferenza dei pazienti in cura nel reparto,
- La conduzione in caso di dimissioni,
- Il prendere in carico i familiari disorientati dall’evento traumatico, e gli operatori più direttamente coinvolti.

L’intervento dello psicologo è molteplice: osservazione, conoscenza diretta di tutte le figure del Reparto, monitoraggio e valutazione della percezione che la Terapia Intensiva ha nei confronti dello psicologo stesso, colloqui di sostegno per familiari e operatori e la costituzione di un gruppo di comunicazione per l’équipe, utilizzando tecniche psicologiche come lo psicodramma, il gruppo di discussione eterocentrato, il colloquio individuale. Nello specifico qui di seguito vengono spiegate la tecnica dello psicodramma e del gruppo eterocentrato.

4.2 La tecnica dello psicodramma

Lo psicodramma è una tecnica d’approccio psicologica che permette di esprimere, attraverso il mettere in scena, diverse situazioni di vita e creare dei collegamenti costruttivi tra loro. Tale tecnica fa emergere vissuti personali più o meno consci, eventi e richieste della realtà, facendo uscire consapevolezza, conoscenze di sé e maggiori sicurezze. E’ una tecnica che, per come si struttura, permette un coinvolgimento mentale ed emotivo molto intenso, ma

nello stesso tempo, determina un cambiamento della persona dal punto di vista terapeutico. Nello specifico lo psicodramma lavora sull'azione drammatica, sullo scambio dei ruoli e sul gioco; l'interpretazione, infatti, emerge dai giochi stessi, quindi, risultano molto utili tutte le sequenze di scene che vengono create. Queste sono usate come sequenze associative: alcune risulteranno più significative di altre, ma tutte, comunque, fanno emergere aspetti interessanti di una precisa relazione che in quel momento si sta vivendo attraverso il gioco. Le scene e le rispettive interpretazioni fatte dagli stessi attori e dal regista dello psicodramma (il conduttore del gruppo), offrono un insieme di possibilità.

Seguendo le parole di V. Druetta (1995), «lo psicodramma, in cui si alternano momenti espositivi verbali e momenti rappresentativi attivi, favorisce la disponibilità a integrare in ottiche differenti, senza la pressione della realtà contingente, i fatti relazionali della propria storia, (...) diventando strumenti di conoscenza della realtà interna e traducendoli in progetti trasformativi sperimentabili in altri contesti di vita»¹.

Anche i sentimenti, le emozioni più private del singolo, diventano aspetti condivisibili all'interno del gruppo di psicodramma, attraverso proprio la condivisione della scena, il vissuto riportato durante il gioco, il cambio di ruolo e la restituzione concessa, permettono di “dare” al paziente o al soggetto, che porta qualcosa di sé nel gruppo, una possibile molteplicità di punti di vista; dando vita, altresì, ad una dinamica configurazione di ruoli e proiezioni diverse.

Nella tecnica psicodrammatica, l'osservazione è uno strumento molto utile. È importante che il conduttore diventi il “binocolo” di tutto quello che succede all'interno del gruppo, sia durante l'azione scenica, sia durante la restituzione e i successivi momenti di riflessione che il gruppo si dà. Tutti i movimenti del gruppo, o tutti i momenti di passività sono comunque dei segnali, anche di

fronte alla scena vissuta o portata da un paziente. Tutto ha significato, tutto dà significato. L'osservazione permette di far nascere i vissuti e le esperienze che affiorano dal mondo interno della persona che osserva il gruppo di psicodramma e il riportare tali vissuti non fa che arricchire ulteriormente il gruppo. L'osservatore, inoltre, ha il compito di tirare le conclusioni, di "dare" delle definizioni al gruppo di quella seduta; ha il compito, di contenere e modulare tutte le parti, razionalizzando quello che è forse stato troppo emotivo e rendendo più "sentimento" le eccessive intellettualizzazioni difensive che possono emergere. Deve riuscire, in altre parole, a non permettere al gruppo di uscire dagli argini degli obiettivi che quel gruppo di psicodramma si è dato.

Con la tecnica psicodrammatica si vuole ricondurre la dimensione immaginale alla vita di tutti i giorni: l'immaginale, produce modi di vedere, punti di vista, prodotti della nostra capacità creativa conscia ed inconscia legati alla nostra vita quotidiana; ci permette di affrontare le relazioni interpersonali, sociali e con il nostro mondo interno; in altre parole, è utile per affrontare la dimensione relazionale e per trovare soluzioni più efficaci e maggiormente strategiche per quella determinata situazione.

Il gruppo di psicodramma consente ad ogni singolo membro di effettuare un percorso di conoscenza personale con l'aiuto della dinamica relazionale. Tale percorso permette di evidenziare i propri ruoli interni e le diverse relazioni che ci possono essere tra loro. Inoltre i ruoli interni vengono associati e messi nuovamente in relazioni con quelli più chiari e conosciuti ruoli esterni. Sentimenti, emozioni, ricordi dimenticati, riprendono forma, vengono fatti rivivere attraverso una coscienza più autonoma e riflessiva. Durante lo psicodramma, quindi, le situazioni passate, quelle presenti, i sogni e le fantasie di una persona si intrecciano continuamente all'interno di una situazione grupppale. Il gruppo è utile a capire la possibilità di condividere un

problema, attraverso la relazione, permette di apprendere la fiducia e di dare fiducia all'altro. Con il gruppo si impara a conoscere nuove esperienze e a farle nostre, ad apprendere nuovi comportamenti e a metterli in atto, ad esprimere i sentimenti perché gli altri li vogliono sentire. Con il gruppo si impara a cambiare, è l'altro che ce lo insegna.

4.3 Il gruppo di discussione eterocentrato

Il gruppo di discussione eterocentrato è un gruppo di riflessione rivolto a diverse figure professionali (nel caso del reparto di rianimazione a medici, infermieri, O.S.S.) che permette, attraverso una comunicazione circolare, di aprirsi ad un nuovo sapere ed ha lo scopo di offrire uno spazio adeguato e protetto, per poter ascoltare ed essere ascoltati, e nello stesso tempo per dare corpo a bisogni ed esigenze espressi dai membri del gruppo. La caratteristica di questa tecnica, a differenza della tecnica dello psicodramma sopra descritto, è che tutti i pensieri, i vissuti, le parole riportate nel gruppo sono sempre riferite ad un momento "là ed allora", ad una situazione precisa, con un tempo ed uno spazio preciso, sottoforma di racconto. Ciò permette, da parte di tutti i membri del gruppo, un coinvolgimento emotivo più contenuto ed un maggior distacco, ma nello stesso momento consente di attivare un ragionamento sulla base del racconto riportato e di conseguenza ottenere un cambiamento.

La discussione nel gruppo consente a tutti i membri, non solo alla persona che porta il pensiero trasmesso, di "sentirsi" e soprattutto di "vedersi": il gruppo, all'interno della sua matrice, diviene tridimensionale nello spazio, nel tempo e nelle sensazioni che provoca, facendo emergere un "complesso discorso inconscio di gruppo" generatosi dagli sguardi di tutti, dai sentimenti che si provano, dalle libere associazioni espresse.

Compito del conduttore è quello di coordinare tutto ciò, tutti questi eventi che, sul momento o più a lungo termine, possono determinare il tanto atteso

cambiamento. È fondamentale scegliere la strada e il percorso giusti, attraverso i quali il membro del gruppo vuole andare e soprattutto attraverso i quali anche il gruppo si può rispecchiare: una comunicazione scelta in maniera adeguata, cioè che abbia un filo comune che lega il discorso di tutto il gruppo, permetterà a ciascuno di riconoscersi anche dentro le emozioni e le parole dell'altro; in gruppo il soggetto può guardarsi e ascoltarsi attraverso l'altro e mettersi al posto dell'altro.

Come dice Renato de Polo (2000) «partecipare ad un gruppo comporta perciò l'attivazione di una quota rilevante di insicurezza a proposito dei propri orientamenti vitali consueti o, in altri termini, dei propri schemi di adattamento sociale. Il pericolo di perdere, almeno temporaneamente, il sistema di riconoscimento di sé e di differenziazione dall'altro assume un rilievo importante». Il gruppo porta ad una necessità di costruire un vero e proprio "altro" progetto di esistenza; da Kaës, il gruppo genera l'esistenza.

Il gruppo di discussione eterocentrato può permettere a tutti i membri che vi partecipano di conoscere nuovi percorsi evolutivi, ottenendo una crescita, non solo a livello di gruppo, ma anche, e soprattutto, rispetto all'orientamento del mondo interno di ciascun individuo.

Le parole nel gruppo permettono di dare un significato più chiaro e leggibile alle diverse rappresentazioni interne dei singoli partecipanti e a quelle messe in relazione con gli altri, consentendo di accettare con maggiore dignità le proprie azioni, trovando giustificazioni plausibili ad un preciso comportamento prima non accettato e rifiutato.

Lo spazio interno comune del gruppo permette, quindi, di intraprendere un percorso di conoscenza e di attivazione di una nuova realtà, data da una dimensione sociale, da una dimensione immaginale e da una dimensione somatica che si relazionano tra loro.

Nel gruppo di discussione eterocentrato emergono i conflitti di tutti gli individui presenti, le difficoltà, le maggiori motivazioni e le più grandi paure;

si mettono in relazione non solo i ruoli di tutti, ma anche i differenti ruoli di ciascun membro, posti sullo stesso piano e/o su piani diversi; vengono viste le svariate angolature che una pietra preziosa, quale miglior metafora per indicare un essere umano, e i tantissimi giochi di luce e di colore possono ottenere. Il gruppo consente di scoprire i ruoli comuni a tutti e quelli differenti rispetto al resto del gruppo. Si evidenziano posizioni molto diverse e punti di vista non sempre piacevoli, ma, comunque, presenti. Si riconoscono delle somiglianze e parecchie differenze spesso non facili da accettare.

Dunque, la maggiore consapevolezza di questa conoscenza e crescita non può che rendere più umani e forse più soli, ma sicuramente in grado di gestire meglio l'autonomia all'interno di un mondo indistinto e comunque sempre fragile.

4.4 Svolgimento del progetto

Dopo un anno di lavoro all'interno del reparto di rianimazione dell'Ospedale San Giovanni Bosco sono state attivate diverse modalità d'intervento mirate a creare un modello di rianimazione aperta che dia la possibilità alle Unità di Terapia Intensiva di entrare in relazione con i temi legati a questioni bioetiche. L'apertura di uno spazio dove operatori (medici, infermieri, O.S.S.) e familiari possono esprimere le loro ansie ha contribuito a migliorare la qualità di relazione con il parente e quella tra le diverse figure professionali, per offrire un più razionale uso delle risorse disponibili. Come strumenti primari sono stati utilizzati i colloqui individuali, l'osservazione del gruppo di équipe e dei questionari di ricerca. L'utilizzo di colloqui, svolti in spazi adeguati per garantire la riservatezza, ha facilitato la comprensione delle cause di disagio e di conflitto e la loro eventuale identificazione. Tale interazione ha permesso di migliorare il percorso di autocomprensione e autoconsapevolezza; in altre parole, si è notata l'importanza di arrivare ad una

integrazione con l'équipe partecipando così in prima persona ai conflitti che vengono a crearsi tra gli operatori o alle difficili scelte terapeutiche che si devono affrontare in una terapia intensiva.

Inoltre, è stata condotta un'indagine invitando gli operatori del reparto a rispondere a due brevi questionari costituiti per lo più da domande chiuse (vedi allegati n° 1 e 2) con lo scopo di valutare la piacevolezza o meno della propria scelta professionale. Si è voluto anche evidenziare eventuali difficoltà nelle relazioni interne tra il gruppo di lavoro e nelle relazioni esterne tra il personale e i familiari dei degenti. Un ulteriore obiettivo dell'indagine è quello di comprendere come venga percepita la figura dello psicologo in reparto.

Nella sezione allegati è possibile trovare anche l'analisi scientifica dell'indagine e i commenti finali relativa ad essa (allegato n° 3).

Dopo l'iniziale disorientamento dovuto dalla presenza dello psicologo, l'équipe ha iniziato a condividere le difficoltà quotidiane della rianimazione, da qui il reputare necessario costituire il gruppo di discussione eterocentrato, di cui si è già parlato precedentemente. Emerge l'importanza del lavoro d'équipe in situazioni di emergenza, dove il medico deve contenere l'ansia che deriva dalle difficili decisioni terapeutiche, che lui stesso deve prendere, e anche l'ansia che è indotta in modo profondo dalla relazione con il paziente traumatizzato. Inoltre, si percepisce un desiderio di cambiamento nel modo di comunicare di medici e infermieri, oltreché l'esigenza di un lavoro di squadra e il bisogno di uno spazio per dar voce alle emozioni bloccate, che altrimenti si trasformano in aggressività all'interno dell'équipe o vengono somatizzate.

L'apertura della rianimazione spaventa gli operatori che si irrigidiscono pensando che la complessità dell'uomo si possa sintetizzare e risolvere attuando dei protocolli medici da seguire. La figura dello psicologo all'interno del gruppo permette di lavorare sulla relazione (non empatica) abbassando i

livelli di stress: le barriere difensive attivate per proteggersi dall'ansia vengono abbattute e la tensione viene espressa all'interno di un'équipe in cui ognuno gestisce il proprio stress senza accollarsi quello che l'emergenza crea, rispettando l'individuo nella corretta scelta terapeutica.

Durante il secondo semestre (marzo 2007 – settembre 2007) sono stati svolti dei colloqui di sostegno psicologico con familiari di pazienti ricoverati e con alcuni operatori sanitari. I casi affrontati, familiari o nuclei familiari di pazienti ricoverati, sono n° 90 e il numero di operatori medici, infermieri, o.s.s. è n° 20. Da questi colloqui di sostegno emerge che per ogni richiesta di intervento c'è il bisogno di creare uno spazio “nuovo” che permetta la nascita di una relazione adeguata alla situazione di trauma e di malattia.

5. CASI IN TERAPIA INTENSIVA

Qui di seguito vengono riportate tre situazioni di intervento dello psicologo che possono ritenersi significative per evidenziare l'utilità del progetto "Apertura della Terapia Intensiva", in relazione ad un discorso di qualità della vita per il paziente e i familiari.

Il caso ThyssenKrupp è un esempio di "evento sociale" che ha bruscamente aperto le porte della rianimazione e ha messo in evidenza la difficoltà vissuta, oltre che da tutti gli operatori, anche da un sociale esterno.

Il caso di Luca, un bambino di 4 anni che fa visita al padre in T.I. ha mandato in confusione l'équipe che ha faticato a discutere sulla necessità o meno di questo particolare ingresso.

Infine, il caso di Cesare, la difficoltà di comunicare la morte vissuta in modo diverso dai membri del nucleo familiare.

5.1 Il caso Thyssenkrupp

L'incidente sul lavoro nella fabbrica della ThyssenKrupp, che ha provocato sette morti bianche, ha destabilizzato l'opinione pubblica.

Sette operai feriti gravemente vengono portati d'urgenza nei vari ospedali torinesi. Tutti riportano ustioni per più del 90% del corpo.

Anche la terapia intensiva dell'ospedale Giovanni Bosco ha prestato cure ad un ferito grave che ha lottato fra la vita e la morte per 3 giorni e poi è deceduto. Il caso ha messo a dura prova tutti gli operatori sanitari, sia dal punto di vista clinico/medico, sia dal punto di vista umano e psicologico. Tante emozioni sono circolate, il sociale è entrato in reparto, in sala operatoria, in pronto soccorso. Nessun divieto di accesso, porta chiusa, camera anestetizzata ha lasciato fuori il dolore.

La vista dei parenti che piangono una morte così tremenda e assurda fa male. Ogni operatore sanitario si immedesima nel caso e prova a mettersi al posto dei figli, della vedova, dei fratelli, dei genitori dell'uomo morto durante una giornata di lavoro.

Come mai, ci si può domandare, questo caso ha condizionato tutti così tanto? Forse per la gravità medico/clinica? Certo è stato un paziente difficile, ma tutti i pazienti che passano da una terapia intensiva sono ritenuti gravi. Forse perchè con questo paziente è entrato in reparto un "caso sociale". Le porte chiuse della rianimazione si sono bruscamente aperte, il sociale fatto di persone, emozioni, valori, giudizi, ricchezza, povertà, è entrato fortemente.

Anche per lo psicologo diventa difficile il "sostegno". Nel corridoio esterno al reparto si incontra la moglie distrutta dal dolore, che poco riesce ad esprimere quanto prova dentro e poco vuole credere a quanto le hanno detto in quel momento: "Suo marito non ce l'ha fatta". Si incontra la figlia di 14 anni che urla tutta la sua rabbia di adolescente contro non sa nemmeno lei che cosa. C'è solo lo spazio di chiudersi in una stanza abbracciare la donna e contenere la figlia che non vuole accettare niente e nessuno. Scene drammatiche, scene di sentimenti forti, strazianti che fanno rabbrivire al solo pensiero di essere, anche per un istante, al posto di quella donna, di quella figlia, di quella famiglia distrutta.

La tragedia viene vissuta come un crimine contro una comunità di individui, il valore ai diritti umani è quello del diritto della vita di una collettività, accanto alla vita dei singoli individui che la costituiscono, distruggendo una entità collettiva, mettendo a rischio la sua sopravvivenza biologica. La brutalità e l'orrore ci rimandano forse alla inevitabilità del male, e alla percezione dell'imprevedibile, costringendoci a riflettere su quello che ci circonda. Tutti sono stati colpiti da questo tsunami che ha invaso e distrutto, lasciando solo l'eco delle urla della famiglia, l'eco dell'impotenza degli operatori, consapevoli del fatto che nulla avrebbero potuto fare. Un eco ancora più

terribile a distanza di giorni proprio perché il desiderio più forte era tornare alla normalità ma senza dimenticare, cercando di fare tesoro di tutto quello provato, sentito, visto, ascoltato.

Proprio perché il nostro Sé è sempre in relazione con il senso dell'esistenza si è costituita un'area intermedia di significazione che ha permesso di recuperare degli affetti nella loro drammaticità, trasformando la distruttività in un pensiero costruttivo. Attraverso la rielaborazione in gruppo si è recuperata l'integrità dei singoli casi, dei singoli dolori e delle singole sofferenze, per porsi delle domande:

Cosa vuol dire aprire le porte della Rianimazione?

Perché come operatori ne abbiamo paura?

Cosa vuol dire provare il dolore di quel familiare?

Dunque, essere professionisti significa cercare delle risposte a questi interrogativi.

Il caso Thyssen ha messo a nudo il nostro Io, le nostre debolezze, le fragilità, le nostre paure. Ha permesso a tutti di urlare e di far parte di un coro che è arrivato a tonalità altissime. Dietro il coro, dietro il gruppo, dietro il sociale c'è ognuno di noi, con i propri pensieri, ideali, insegnamenti sociali e culturali che mai, come in questa occasione, hanno potuto prendere spazio e farsi sentire.

Tuttavia ci si rende conto che il caso sociale destabilizza, ma permette anche di portare un cambiamento: è il caso sociale che prende spazio, che viene ascoltato, che fa muovere politici, burocrazia, istituzioni; non il singolo caso, il singolo paziente, la singola famiglia che prova dolore.

La tragedia della Thyssen deve essere, a questo punto, "utilizzata" per ricordare l'individualità. Ci sta dicendo che nel reparto di rianimazione bisogna rendere gli operatori sanitari preparati ad accogliere e a sostenere in modo sempre più relazionale e umano, ma soprattutto professionale. Bisogna aprire le porte della Terapia Intensiva, coinvolgere il sociale nella guarigione

del paziente, utilizzando l'amore e l'affetto dei familiari, l'appoggio che questi possono offrire al malato. Insegnare e divulgare la cultura del lavoro in equipe, coinvolgere tutti verso uno stesso obiettivo: il paziente.

Il caso Thyssen, e tanti altri come questo, insegnano che l'ambito sanitario va nuovamente "formato" apportando all'interno dei reparti, degli ospedali, degli ambulatori una nuova cultura del prendersi cura.

Tutte le figure degli operatori sanitari (medici, infermieri, OSS) devono imparare ad interagire con la sofferenza e il dolore del paziente e della sua famiglia. Far fronte al bisogno di sostegno che i parenti dei malati chiedono loro, saper condividere, nel periodo della degenza, una parte molto difficile della loro storia familiare. Non è più sufficiente il solo ed unico spazio isolato del sostegno dello psicologo, là dove è presente, verso questi pazienti e famiglie. C'è bisogno di un lavoro di sostegno comune, di gruppo.

5.2 Il caso di Luca

L'entrata di un bambino di 4 anni in un reparto di Terapia Intensiva

Il signor Bianchi è alla guida della sua auto, al suo fianco suo figlio Luca. Scatta il verde. La macchina parte, ma viene travolta da una vettura che attraversa l'incrocio con il rosso. Il signor Bianchi va in coma. Luca non riporta nessuna lesione e resta vicino al padre fino all'arrivo dell'ambulanza. Da quel momento il papà sparisce all'interno del reparto di Terapia Intensiva. Luca è molto agitato, chiede continuamente del padre. Gli viene spiegato cosa è successo ma lui non capisce. Vuole parlare, accarezzare, vedere quel corpo che rappresenta l'affetto paterno. La famiglia entra regolarmente nel reparto e la moglie, attraverso un supporto psicologico, cerca di trovare una nuova strada per affrontare una situazione per lei irrealistica e sconosciuta.

In questo periodo matura l'ipotesi di far entrare il bambino da suo padre, in modo che possa ricostruire il legame che è stato bruscamente interrotto. All'interno dell'équipe medico-infermieristica si percepisce molta rigidità,

non c'è la possibilità di condividere l'entrata di Luca perchè manca la riflessione su quanto è importante stabilire un legame tra padre e figlio. In questo modo il gruppo pensa di proteggere il bambino ma nega la propria parte emotiva, che non vuole essere percepita. “Vogliamo proteggere il bambino”, ripetono. Però, così facendo cercano solo di “proteggere” se stessi. Anche dopo avere constatato che non c'era per Luca e per suo padre nessun pericolo di infezioni, le esitazioni nell'équipe permangono. Ma allora perchè non far entrare Luca?

Prima di avere una risposta alla domanda passa molto tempo. Il Natale e le feste scivolano via. Luca è due mesi che non vede suo papà. Non si può più aspettare, il bambino deve incontrare il padre prima del suo compleanno e prima che il Signor Bianchi venga trasferito nel centro di riabilitazione. I colloqui con la madre procedono nella giusta direzione, lei sta recuperando la forza come mamma per sostenere l'entrata di Luca in reparto. L'équipe non comprende, loro curano il corpo, ma il Signor Bianchi ha un'altra parte da curare, quella emotiva.

La decisione è presa: Luca entra in Terapia Intensiva. Medici e infermieri preparano il padre per un'accoglienza visiva meno traumatica. Il bambino è agitato perchè finalmente vedrà il suo papà. La vista del padre ricostruisce quel legame spezzato e, anche se il Signor Bianchi non parla, tra i due si ricrea una relazione che appartiene solo a loro. Il bambino non identifica lo spazio che lo circonda e non subisce nessun effetto negativo. Finalmente trova suo padre. Luca fra un po' sarà di nuovo pronto per una seconda visita, questa volta al centro di riabilitazione dove il Signor Bianchi è stato trasferito. E anche se questo papà non sarà più come prima, l'entrata nella Rianimazione ha permesso di poter recuperare un legame e vivere questo cambiamento difficile che Luca dovrà affrontare in futuro.

Quando l'équipe medico-infermieristica inizierà a capire ed ad aprirsi, attraverso il lavoro di gruppo, ad una comunicazione libera di

approfondimento e scambio interpersonale, si riusciranno a cogliere sia questioni del mondo interno (identità professionali, rapporti con il lavoro e con il proprio gruppo) sia quelle del mondo esterno (rapporti con la cultura, rapporti con il paziente). Solo attraverso il lavoro d'équipe è possibile diventare consapevoli delle proprie mancanze e riflettere su una nuova modalità di lavoro. La paura dell'apertura è proprio quella di entrare in relazione con le emozioni che si generano nella soggettività. Luca ci insegna quanto è importante condividere la parte emotiva, se non si riesce a unire la cura del corpo con quella della mente non si può comprendere la complessità dell'individuo. Bisogna ricordarsi che è proprio recuperando le emozioni, che rappresentano la storia del paziente, che si riesce a recuperare un benessere. D'altra parte solo così gli operatori potranno essere consapevoli dei propri limiti.

5.3 Il caso di Cesare

Cesare è un uomo di 33 anni, sposato con un figlio di 13 anni. Viene ricoverato in TI per un forte trauma cranico che nel giro di 10 giorni lo porta ad una morte celebrale. Cesare è stato coinvolto in un incidente d'auto, mentre andava a prendere il figlio a scuola. Nel primo colloquio lo psicologo incontra la moglie che non riesce a comunicare al figlio Cristian la diagnosi. Probabilmente non riesce a dirlo neanche a se stessa. Durante il colloquio ripete: "Torneremo a casa tutti e tre". Cristian sa che il padre si è solamente fratturato il ginocchio perciò continua a chiedere ai familiari perché non può vederlo o comunque sentirlo al telefono. Cristian è maturo per i suoi 13 anni ed è anche molto sensibile. La madre non sa come affrontare con lui questo dolore. Inizialmente chiede allo psicologo di comunicare la notizia al figlio perché lei non si sente in grado. Lo psicologo non crede sia giusto, questo compito spetta alla madre. Solo in un secondo momento può intervenire con un sostegno. Durante il colloquio con la madre si evidenzia quanto il figlio sia

un ragazzo intelligente e quanto sia importante non metterlo da parte in questo momento, ma coinvolgerlo, con la dovuta cautela. Renderlo partecipe di tutto ciò che succede rispetto al decorso ospedaliero del padre. C'è il rischio che Cristian si possa sentire in colpa per quanto sia successo.

La famiglia si presenta molto confusa nei ruoli (la madre di Cesare ha un altro figlio di 13 anni, della stessa età di Cristian), è invasiva nelle modalità. Durante il colloquio lo psicologo fatica a creare dei legami individuali con ognuna delle due figure femminili. I medici riferiscono che durante le visite i familiari creano caos nel reparto. Anche negli ultimi istanti di vita di Cesare la famiglia non riesce ad accettare la realtà della morte, uscendo dal reparto e lasciando il proprio caro nelle mani del personale sanitario. Il momento di maggiore tensione tra gli operatori avviene quando, constatato il decesso, si avverte la famiglia e la moglie del defunto richiede un aiuto psicologico per comunicare a suo figlio la verità. I medici sembrano perdere di mano, da un punto di vista emotivo, la situazione. Bisogna far entrare il ragazzo in reparto per fargli vedere suo padre?

Gli operatori in quel momento avevano bisogno dello psicologo perché si sono trovati di fronte ad una famiglia che negava anche durante i colloqui medici la diagnosi.

Le certezze del ruolo professionale del medico sono venute a cadere, le emozioni hanno travolto tutte le sicurezze.

Diversi operatori riferiscono un senso di invasione, di completo caos. Nei giorni a seguire la morte di Cesare alcune infermiere raccontano i loro vissuti emersi da questo lutto.

Il problema della morte e la mancanza di spiritualità della nostra società sono temi che specialmente gli operatori sanitari e le famiglie cercano di evitare. All'interno della cornice meccanicistica della scienza medica la morte non può essere qualificata e diventa l'arresto totale del corpo – macchina.

La morte, dice Heidegger, viene percepita in un'esistenza inautentica come un evento che continuamente succede agli altri. E' sempre impersonale, la società tende a dire "si muore". Gli altri cercano di tranquillizzare il morente, di consolarlo perché non hanno il coraggio di comunicare la morte; ne hanno paura e fuggono da essa occupandosi di altre cose. Noi come esseri nel mondo ci prendiamo cura degli altri ma solo nel caso di un'esistenza autentica si aiuta l'altro ad acquistare la libertà di assumersi le cure, mentre in un'esistenza inautentica si sottraggono gli altri alle cure.

6. IL GRUPPO DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA TERAPIA INTENSIVA APERTA NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO

Lo psicologo del reparto di Terapia Intensiva utilizza il gruppo di psicodramma come strumento per la formazione/supervisione agli operatori della rianimazione. Il gruppo consiste nell'incontrarsi una volta alla settimana in un setting deciso e strutturato, con lo scopo di mettere a fuoco le "energie emozionali" presenti e circolanti in un luogo, quale un reparto d'ospedale, in cui i professionisti si riuniscono per dar vita ad una realtà gruppale.

L'incontro con l'altro, la creazione di un "terreno" comune su cui muoversi, la necessità di sentirsi parte di un insieme senza "fondersi-con" un tutto, danno l'avvio a nuove modalità di pensiero in cui somiglianze e differenze, esperienze comuni o completamente diverse, confluiscono nella mente, creando, in ognuno "un certo spazio". Tutto ciò implica un continuo scambio di energie e un adattamento costante per mantenere l'equilibrio tra l'interno e l'esterno, tra la realtà individuale, interpersonale, e quella di gruppo.

All'interno del gruppo ciascun individuo porta le proprie caratteristiche, capacità, stili di comportamento, punti di vista, che fanno parte della propria storia individuale. Alla luce di tale premessa può sembrare che «l'individuazione è sempre più o meno in contrasto con le norme collettive, giacché essa è separazione e differenziazione della generalità e sviluppo del particolare, non però di una particolarità cercata, bensì di una particolarità già a priori fondata nella disposizione naturale» (C.G. Jung 1921). Nell'osservare le dimensioni individuali in relazione a quelle collettive Jung risolve l'apparente contrapposizione affermando che: «l'individualismo è un mettere intenzionalmente in rilievo le proprie presunte caratteristiche in contrasto con i riguardi e gli obblighi collettivi. L'individuazione invece implica un migliore e più completo adempimento delle destinazioni collettive dell'uomo, poiché

un'adeguata considerazione della singolarità dell'individuo favorisce una prestazione sociale migliore di quanto risulti se tale singolarità viene trascurata o repressa» (C.G. Jung 1928).

Con queste parole Jung enfatizza l'idea che, individuarsi significa anche includere il mondo esterno, il collettivo, i gruppi che si incontrano lungo un percorso.

Il gruppo consente uno scambio continuo che determina un influenzamento costante tra le persone che sentono di appartenere ad uno stesso contesto.

L'appartenenza porta con sé un «cambiamento», il cambiamento promuove la «trasformazione» del singolo nell'incontro con il gruppo, incontro che, necessariamente, richiede la ricerca di un «nuovo equilibrio». «L'equilibrio», nella prospettiva lewiniana, è dato da «un insieme di forze uguali e contrarie che oscillano attorno ad una linea». Si tratta di un equilibrio che può essere raggiunto con modalità diverse e portare a conseguenze differenti; in ogni caso, tale ricerca promuove una crescita individuale e di gruppo. La stessa crescita è rintracciabile nel pensiero di W. Bion che, avendo riflettuto su diverse forme di organizzazione, tra le quali le agenzie educative, i servizi di cura, le imprese industriali, utilizza un metodo che mira all'integrazione tra le scienze sociali e la psicoanalisi allo scopo di unificare l'ambito sociale con quello psicologico. Il gruppo, nella prospettiva bioniana, è un «contenitore», cioè la realtà in cui ci si trova "immersi", all'interno del contenitore vi è un «contenuto», le esperienze emotive di ciascuno. La situazione ottimale si verifica quando i contenuti e i contenitori si adattano l'uno all'altro, sviluppandosi in maniera armonica. E' molto evidente la dimensione sociale che caratterizza il pensiero dell'autore, infatti egli definisce il gruppo come un sistema complesso e "aperto", dove esistono relazioni, personaggi, eventi e dove i suoi confini sono permeabili e agiscono da filtro, mediando le esperienze esterne e selezionando quanto deve essere "esportato".

Inoltre, per Bion, “stare in gruppo” significa cooperare, anche inconsciamente, intorno all’idea che è possibile stabilire un collegamento tra le persone e che è necessaria la disponibilità a costruire un rapporto dare-avere. Tale rapporto risulta fondamentale all’interno di un gruppo di sensibilizzazione, dove il legame tra le persone si stabilisce per mezzo dell’esplorazione di vissuti personali in relazione ad un contesto professionale comune che crea la cultura di gruppo. Per cultura di gruppo si intende appartenenza e partecipazione ad una particolare realtà oggettiva e relazionale; come dice Bion la cultura è «la struttura che il gruppo raggiunge nei vari momenti, le attività che svolge e l’organizzazione che adotta».

Una caratteristica importante che il gruppo di sensibilizzazione deve avere è quella della flessibilità, la medesima che c’è all’interno di un gruppo di lavoro e quindi di una équipe di reparto. La flessibilità permette di introdurre membri nuovi e di perderne altri senza permettere che l’individualità e la cultura di gruppo ne risentano. Ciò deve per forza avvenire perché nel reparto di terapia intensiva si parla di vita e di morte tra i pazienti, di rotazioni di turni, di cambiamenti di membri dell’équipe, ma si deve anche parlare di una costante e ferma identità grupppale, che è la forza del reparto. L’équipe si forma quando professionisti diversi condividono, attraverso il loro lavoro, un obiettivo comune che è il paziente e la sua guarigione. Lo stesso deve avvenire all’interno del gruppo di sensibilizzazione, in cui anche se i membri possono cambiare nel corso delle settimane (per motivi di turni o impegni personali e/o professionali) sono comunque tutti accomunati da una motivazione, identificazione, interiorizzazione, cultura comune.

Il gruppo permette, dunque, di condividere vissuti personali in una realtà comune professionale; gestire conflitti grupppali che incidono sulla motivazione personale; utilizzare lo scambio e la diversità con l’altro per modificare punti di vista che inducono malessere; creare uno spazio adeguato

all'interno del quale depositare sensazioni e pensieri difficili e complessi che appartengono alla realtà lavorativa.

7. LA FORMAZIONE NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO DI TORINO

L'apertura del reparto di Terapia Intensiva necessita di un intervento formativo rivolto agli operatori sanitari. La creazione di un gruppo di formazione è lo strumento per la realizzazione di un laboratorio esperienziale che permetta agli operatori un efficace processo di conoscenza e di crescita della propria identità professionale e del rapporto con il reparto. La figura professionale necessita, oltre che di una preparazione tecnico/scientifica, anche di un percorso di consapevolezza delle complesse caratteristiche presenti nel processo di comunicazione con l'altro (collega/paziente) e delle proprie elaborazioni e rappresentazioni simboliche di tematiche tra cui la sofferenza, la malattia, la distruttività, il dolore, la morte; ecc.

La capacità di comunicare adeguatamente e di instaurare delle buone relazioni è prerogativa necessaria in qualsiasi contesto di lavoro, sia nel momento in cui più persone lavorano insieme con un obiettivo comune (in équipe nei confronti di un paziente), sia nella situazione in cui il professionista opera singolarmente nei confronti dell'utenza (paziente/familiari).

Attività primaria appare quindi quella di formare l'équipe al cambiamento, cioè raggiungere una consapevolezza del proprio ruolo professionale da parte degli operatori sanitari in prospettiva dell'apertura della Terapia Intensiva.

Cosa si intende per formazione in un reparto di rianimazione? Per instaurare il clima di collaborazione tra operatori che provengono spesso da canali

formativi diversi è utile favorire l'integrazione, la coesione, la collaborazione; pertanto un gruppo di lavoro permette di depositare le proprie esperienze affettive, professionali ed empatiche che emergono nella relazione lavorativa e imparare da quelle degli altri. Il reparto diviene il luogo d'incontro tra culture di matrice diversa: quella medica e quella psicologica. L'ipotesi di partenza è quella di creare uno spazio per riflettere e far circolare la consapevolezza acquisita, prendendo in considerazione la realtà soggettiva degli individui, valorizzando le risorse personali, stimolando la curiosità e il piacere di lavorare in modo condiviso. La riflessione sulle esperienze vissute permette un processo di interiorizzazione che crea una relazione nuova nei rapporti con i colleghi e con i parenti dei pazienti.

Si vuole rendere il soggettivo di ciascuno parte integrante di un ruolo professionale. La formazione non vuole e non deve più essere un passaggio di informazione, dati, messaggi, sapere; ma uno scambio dinamico, attivo di vissuti. Infatti l'esperienza di formazione nel reparto di Terapia Intensiva ha evidenziato un'iniziale difficoltà di creare un senso di appartenenza, di consapevolezza di far parte di un gruppo di lavoro. I momenti di incontro oscillavano fra frammentazione e reintegrazione, attivando comportamenti regressivi. Nei primi incontri la situazione del gruppo veniva caratterizzata da forte demotivazione e rabbia nei confronti dell'istituzione e dell'altro; emergeva una paura ad aprirsi al confronto e i rapporti tra gli operatori venivano improntati sulla rivalità e sul sospetto, attivando meccanismi di difesa (scissione mente-corpo, fuori-dentro, gruppo-individuo) dovuti all'intensità delle emozioni e degli affetti messi in gioco. Emergevano vissuti persecutori, fantasie invidiose e arroccamenti gelosi. L'ansia non viene riconosciuta e viene agitata nei confronti dell'altro o somatizzata. L'incontro continuo con la sofferenza e la morte non permette la costruzione dell'identità. Il cambiamento spaventa, la mancanza di un leader e di regole porta al caos. Soltanto attraverso la narrazione e il narrarsi si può uscire dal "caos"

separando e ordinando le cose in funzione di una loro affinità creando un vortice di conoscenza nel qui ed ora, con lo scopo di pensare a nuove domande e quindi far nascere nuove risposte. Si può così ottenere un livello di maturità del soggetto grazie all'esperienza, alla situazione appena vissuta nel gruppo facendo crescere la propria personalità e la conoscenza.

Uscire dal caos significa trasformare l'oggettivo in soggettivo, dar vita al vissuto. La non apertura all'altro rende il pensiero umano, la conoscenza di un sé, la creatività di ognuno, la grandiosità dell'emotivo un tutto inutile. Al contrario è necessario prendersi cura della propria conoscenza, ed esperienza.

Il gruppo di formazione rivolto agli operatori sanitari (medici, infermieri, O.S.S.) del reparto di rianimazione è tenuto dagli stessi operatori sanitari con l'unica mediazione da parte dello psicologo che ha il compito di permettere alla nuova conoscenza che emerge di circolare, ai pensieri nati di prendere parola ed alle esperienze vissute di concretizzarsi in strumenti di riferimento adeguati. Il lavoro psicologico consiste nell'alimentare soggettività in un contesto dove è presente solo l'oggettività: il lavoro di équipe. Nel lavoro psicologico è presente l'uso della mente non in termini intellettuali-cognitivi, ma seguendo l'unica dimensione possibile quella emotiva-affettiva.

La creazione di un gruppo permanente permette di costituire un mondo parallelo ad un quotidiano irreali che è il reparto stesso. Irreale perché fatto di tempi troppo rallentati (come le situazioni di coma profondo) o di tempi troppo accelerati (come le emergenze) che non consentono una normale e sana riflessione dell'evento, della situazione e poi, di conseguenza, dell'agito. Irreale perché manca la relazione con il paziente e con la sua storia che consentono all'operatore di scegliere come gestire la relazione con lui (solitamente si tratta di un paziente in stato di incoscienza). Irreale perché mancano certezze sulle diagnosi, sulle prognosi, è un mondo clinico molto all'avanguardia ma nello stesso tempo tanto sconosciuto.

Ad oggi quello che non si è riusciti a fare nascere è la creazione di un gruppo “vivo” prodotto esclusivamente in quell’incontro, senza aspettarsi un sapere dall'altra parte; ma solo attraverso il racconto, unico materiale che consente di dare un significato alle relazioni con i pazienti ed i familiari; di lavorare con il disagio, la sofferenza e la morte; di capire e sapere utilizzare l’empatia; di riuscire a staccare e a non farsi condizionare o di riuscire a lasciarsi coinvolgere dalle storie di vita quando lo si desidera; di capire le proprie emozioni e di lasciarle esprimere; di permettersi di vivere dell’esperienza. Troppo spesso la conoscenza del professionista è indotta dall’uso di teorie e modelli efficaci e importanti, ma che non bastano a gestire tutte le situazioni di vita sul campo.

Il gruppo ha lo scopo di utilizzare le parole, le scene, le esperienze, i vissuti, le metafore, le incomprensioni per creare flussi di pensiero che permettono di identificare punti condivisibili su cui si concentrano, poi, espressioni di esperienze per il futuro, creando spazi mentali condivisi, non conosciuti prima e unici di quella realtà professionale. Tali spazi mentali favoriscono la nascita e la crescita dei soggetti. Questo dar vita agli aspetti emotivi del professionista rappresenta lo scopo principale del processo formativo utile in un reparto di rianimazione, arrivando al concetto di UMANIZZAZIONE che si è evidenziato all’inizio di questo testo.

Il professionista in azione non deve sentirsi solo, ma essere accompagnato dalla sua équipe perché con l’aiuto di essa si permette la crescita della sua soggettività. L’individuo, infatti, è un gruppo di istanze contenuto nello spazio di tempo che va dalla sua nascita alla sua morte e proprio nel contesto più sociale che si vive (il ruolo professionale) non va lasciato solo con le sue emozioni. Il continuo procedere della conoscenza, della consapevolezza e di conseguenza della sicurezza avviene solo quando i sentimenti del singolo non vengono abbandonati.

L'operatore del reparto di rianimazione si trova nella condizione di impossibilità ad esprimere in parole le proprie emozioni: il lavoro che svolge sul quotidiano con il paziente, la collaborazione di un'équipe e quindi le dinamiche di gruppo, le emergenze e le gravità delle situazioni, spesso non lasciano uno spazio di pensiero soggettivo. Le emozioni del singolo si bloccano, non vengono espresse, divulgate, agite. La rimozione e la negazione diventano i meccanismi di difesa che più facilmente vengono agiti da tutti. La tendenza è quella di demandare piuttosto che inviare o anche non pensare con il risultato di un accumulo di non detti, non agiti, non vissuti che arrestano il sistema.

Lo scopo della formazione costante e permanente è proprio non creare questo stallo, ma permettere al sistema di circolare e quindi di crescere.

I conduttori della formazione devono possedere la capacità di saper creare uno "spazio di gruppo" all'interno del quale le situazioni collettive che emergono possano generare un pensiero, una simbolizzazione unica per il singolo facendo emergere la sua soggettività. I conduttori psicologi organizzano il gruppo e le dinamiche che ne emergono intorno al punto di intersezione tra il mondo oggettivo e quello soggettivo dei membri del gruppo stesso.

Il clima del gruppo, la costituzione dello stesso, l'organizzazione intorno al punto di intersezione mondo oggettivo – mondo soggettivo, scaturiscono dall'esperienza di vita privata e professionale dei membri del gruppo, dalle dinamiche interne del reparto in cui si lavora, dal rapporto dello stesso reparto con l'istituzione nel quale è inserito (ospedale); oltre che dalla motivazione, dalla partecipazione, dalla messa in gioco e dalla crescita di ciascun singolo operatore sanitario.

È possibile che il gruppo di formazione generi caos e confusione. Non esistono, a questo punto, modelli di riferimento o tecniche da utilizzare per la riduzione del momento di criticità. Sta al conduttore psicologo capire il valore

del caos, riuscire a dare la giusta lettura e di conseguenza interpretarlo e agirlo in modo tale che diventi funzionale. Le dinamiche di gruppo di tali processi formativi sono riconosciute e affrontate solo se esiste una specifica competenza e professionalità da parte del conduttore psicologo. È necessaria, dunque, una conoscenza sul reparto di rianimazione, sulla tipologia dei pazienti presenti, sulle dinamiche organizzative, sulle esperienze professionali di ciascun operatore sanitario oltre ad avere una specifica specializzazione terapeutica e di dinamica di gruppo.

8. IL DENTRO E IL FUORI IN TERAPIA INTENSIVA

La Terapia Intensiva chiusa ha la caratteristica di rappresentarsi come uno spazio altro rispetto al contesto esterno. Il malato arriva d'urgenza nel reparto, dietro di lui si chiudono le porte. Si costituisce un "dentro" che agisce per il bene del paziente, ma il reale, fatto di persone, familiari, affetti, gruppi, momenti, ruoli, rimane bloccato al di fuori. Ma cosa in realtà rappresenta questo "dentro"? E come si rapporta con il "fuori"?

Il Dentro in rianimazione rappresenta la sospensione del tempo, il paziente il più delle volte è non cosciente, attaccato a delle macchine che lo tengono in vita, in uno stato di dipendenza da esse, non c'è autonomia. La sua adultità viene violata togliendogli la libertà e la possibilità decisionale. Il dentro crea un distacco, una non appartenenza, uno stato di blocco totale rispetto a tutta la propria vita; per non parlare delle emozioni provate e delle sensazioni vissute. Metaforicamente il dentro si rappresenta come una fiaba che, con il suo racconto, crea qualcosa di irreali. La fiaba è un tipo di narrativa caratterizzata da avvenimenti e personaggi fantastici. Il mondo delle fiabe è indeterminato con luoghi indefiniti (remoti), epoche non chiare (c'era una volta...), i fatti sono perlopiù inverosimili o comunque impossibili nella realtà quotidiana. Il tempo è atemporale, con un fluire irregolare, non assimilabile al tempo scandito dall'orologio, con uno spazio temporale, appunto, non reale. Tutto ciò genera le fantasie di chi sta fuori e ognuno, a seconda della relazione che lo lega al malato ricoverato, fa emergere le proprie paure, ansie, angosce, disillusioni. Possiamo pensare a fiabe come "La bella addormentata nel bosco": dove una giovane ragazza, nel pieno della sua vita, si punge con un ago mentre fila e si addormenta per sempre, nessuno conosce il motivo, ne è in grado di fare qualcosa, solo un principe con la sua forza e il suo coraggio, con un semplice bacio la riporterà in vita. Oppure "Biancaneve e i sette nani": con il morso di una mela avvelenata una bella ragazza cade in uno stato di incoscienza,

ritrovandosi, poi, in un posto irreali, la casa dei sette nanetti. Queste fiabe fanno ricordare lo stato di coma di molti pazienti o il catapultarsi in una situazione di non realtà di altri dopo uno stato di trauma.

Il Fuori dalla rianimazione, quando il paziente è ancora ricoverato, è un iniziale momento per i familiari di grande difficoltà emotiva e di impotenza. Non si ha una reale percezione di ciò che succede alla persona cara e quali siano le conseguenze del danno, oltre del come viverci il proprio ruolo a seconda della relazione che lega al malato ricoverato.

C'è il fuori degli operatori sanitari che dopo ore di stressante lavoro vissuto sempre sul filo dell'emergenza e dell'urgenza che incombe, con l'obiettivo di salvare una vita e a volte la delusione di dichiarare un decesso, finiscono il turno e si catapultano in un reale, a quel punto, lento e spesso noioso.

8.1 Scritto estratto da www.nottidiguardia.it

Quando sarà ora di dire basta.

Penso che a volte certe storie ci travolgono con la violenza di un treno in corsa, e l'urto contro la motrice ci sbriciola come fossimo dei pupazzi di vetro. Ma poi come capita ai supereroi dei fumetti, i frammenti del nostro corpo si rimettono insieme ad uno ad uno, restituendoci la forma iniziale. Il fatto è che ad ogni colpo, qualche briciola di noi stessi viene smarrita, e un giorno ci accorgiamo di aver perso qualcosa di fondamentale: un occhio, una mano, il cuore.

Mi accorgerò quando sarà arrivato quel giorno? Quel giorno dovrò dire basta. Basta a notti di guardia, basta moribondi, morenti, basta tensione, pericolo. Basta mariti e mogli e figli piangenti, in lacrime, distrutti dal dolore della perdita, del lutto della disgrazia. Gente che urla, che sta male, che sviene. Basta.

E cosa farò poi? Che cosa so fare io? E' un pensiero che mi innervosisce un po'. Cioè non lo so. Cosa so fare... so fare un sacco di cose. E' solo questione di provare. So montare i mobili dell'IKEA, per esempio. È già qualcosa. E poi si può sempre imparare no? Io sono un tipo sveglio, che ispira subito fiducia... Ma no. Non ha senso. "Tu, dici così tanto per dire, non sai di cosa parli. Secondo te, dopo tutto quello che hai studiato, dopo tutti i sacrifici che hai fatto, che hanno fatto i tuoi per mantenerti, molli tutto e ti metti a fare ... il barista?" E perché no? Il barista, non ci avevo pensato. È un ottimo mestiere. Sei a contatto con la gente. A me piace il contatto con la gente. Senti un sacco di storie. Anche qui storie, ma non necessariamente tristi e dolorose. Cioè ci saranno anche storie tristi e dolorose, ma non solo...

Il telefono squilla allarmante. Un richiamo. Il corno di guerra. Qualcuno ha bisogno di aiuto. Qualcuno sta male, sta soffocando, sta morendo, sta ... magari sta solo dormendo male, ma io devo ... accorrere. E' l'unica cosa che so fare, almeno per ora. Balzo giù per le scale verso il pronto soccorso. "Il barista ... o l'oste. Il falegname, perché no? Prima o poi dovrò organizzarmi".
Firmato: il Guardiano.

Infine, c'è il fuori del paziente che viene dimesso dal reparto di rianimazione rappresentato da una vorticoso ripresa del tempo e una grande difficoltà di riappropriarsi del proprio corpo oltre che del proprio sé. Lo stato di incoscienza porta ad una rottura con il mondo interno della persona, il trauma determina un cambiamento, non solo nel caso permangono deficit permanenti, ma anche rispetto al proprio stile di comportamento e alla propria personalità. Entrano in gioco paure diverse ed emozioni mai provate prima con le quali la persona deve fare i conti; i propri vissuti cambiano così come le forze, gli obiettivi, nei confronti del futuro si modificano nell'istante del verificarsi del trauma. Non ci si riconosce più nella persona che si era e spesso di quella persona non si ha neanche più memoria. Ci si trova ad essere un altro, in un

quid ed ora, all'interno di uno spazio sociale e quotidiano che non si riconosce più e che non ti riconosce più. Inizialmente l'unica cosa che conta dopo il trauma iniziale e quindi la dimissione dall'ospedale è che l'individuo sia vivo. La medicina si ritiene soddisfatta di fronte ad un corpo che risponde alle cure e che dà segni di guarigione, per la psicologia non è sufficiente.

Ma cosa vuol dire guarigione?

Guarigione dopo un ricovero in Terapia Intensiva non significa solo la ripresa di un corpo (anche dopo un periodo di riabilitazione), ma soprattutto di un mentale. Il cambiamento nel proprio fisico si riflette sulla propria identità, modificando il proprio sé e la propria personalità. Il mondo esterno che rimane lì ad accogliere il paziente dopo le dimissioni dall'ospedale, è, inevitabilmente, un altro mondo, all'interno del quale difficilmente riusciamo a riproporci come ero e come gli altri volevano che fossi. Sempre come la fiaba si viene catapultati in un mondo, in un tempo, in uno spazio che non mi appartiene, nel ruolo di un personaggio che non sono più io.

La vera guarigione, dunque, è quella della persona che è in grado di riadattarsi alla nuova vita quotidiana, è nella conoscenza di un altro sé, fatto di nuovi vissuti. Guarigione è quando la persona accetta e riconosce il cambiamento di aspettative verso di lui e delle esigenze diverse rivolte a lui.

Tutto questo avviene attraverso un lungo percorso di conoscenza che ha inizio proprio dalle dimissioni dall'ospedale ed è forse l'aspetto più difficile e pesante per la persona che è appena uscita dal trauma fisico.

Qui di seguito viene presentato un caso di un paziente uscito da un ricovero in terapia intensiva e considerato guarito a livello clinico.

8.2 Il caso di Simone

Simone due anni fa, dopo un incidente automobilistico, viene ricoverato nel reparto di rianimazione dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino e successivamente è costretto ad una lunga riabilitazione. Dopo questo momento di cure fisiche inizia una serie di colloqui e test psicologici in altri ospedali torinesi ed oggi, a 26 anni, decide di ritornare nel reparto di Terapia Intensiva dove è "rinato" da un punto di vista fisico per chiedere un colloquio psicologico. Il giorno dell'incontro con lo psicologo, Simone è molto agitato. Non sa se avrebbe trovato quello che stava cercando: il suo malessere in questi ultimi due anni non è mai passato, anzi sono aumentati lo smarrimento e la confusione. Lo spazio che gli viene proposto dallo psicologo è un luogo dove poter rinascere dopo il coma e la riabilitazione. Il suo corpo non è cambiato, ma le sensazioni che percepisce non sono le stesse che provava prima dell'incidente. Durante le sedute emergono tutte le sue paure e le sue difficoltà. Simone si sente un "diverso". Le persone che lo circondano non riescono più a capirlo perché non comprendono le sue emozioni e finiscono per allontanarsi da lui. Chi gli vuole bene, invece, per proteggerlo, gli impedisce di superare l'ansia della nuova vita. Durante gli incontri con lo psicologo vengono elaborati gli stati emotivi che nascono da situazioni quotidiane, lavorando sulla sua nuova identità. Simone cerca di rientrare nel mondo analizzando le paure che ancora lo bloccano. Due anni fa il suo corpo gli era stato ridato, ma la sua anima è rimasta "anestetizzata".

In questo percorso psicologico con Simone ci si interroga sul significato di guarigione. I medici lo hanno dimesso perché clinicamente guarito, ma Simone non si sentiva guarito. I medici non curano l'individuo nella sua totalità, si occupano del corpo, separando così l'essere dalla sua anima. La professione medica divide l'uomo in due campi separati con pochissima comunicazione fra loro. Per Sant'Agostino il tempo non è spazio né movimento, ma è una dimensione dell'anima. Solo nell'anima si mantengono

presenti passato, presente e futuro. L'intuizione è la facoltà del presente, la memoria quella del passato e l'attesa quella del futuro. Quindi, il tempo è un'estensione dell'anima, un'estensione tra memoria, intuizione e attesa. La temporalità è soggettiva perché risiede in ogni individuo e solo lavorando su quell'anima si può recuperare il tempo. Per il filosofo cristiano il passato è qualcosa che non è più e il presente è più simile a un non essere, il futuro invece è il vero tempo. E, dopo aver "risvegliato" l'anima, allora si può vivere il futuro, perché solo lì, secondo Sant'Agostino, risiede la speranza di una nuova vita.

9. CONCLUSIONI

Il dualismo cartesiano ha influito sulla pratica delle cure mediche sotto vari aspetti. Innanzitutto ha scisso la professione in due campi separati con pochissima comunicazione fra di loro. I medici sono interessati alla guarigione del corpo, gli psicologi alla guarigione della mente. Solo ultimamente sono stati fatti degli studi su quanto lo stress influisce nella risoluzione o nell'efficacia del farmaco nel decorso della malattia.

La salute, secondo gli scritti ippocratici, richiede uno stato di equilibrio fra le influenze ambientali, i modi di vita e i vari componenti della natura umana. Questi componenti sono descritti in termini di umori e passioni, che devono essere in equilibrio fra loro. La dottrina ippocratica degli umori può essere riformulata nei termini di equilibrio chimico e ormonale, e la rilevanza delle passioni si riferisce all'interdipendenza di anima e corpo. Il compito del medico è quella di usare tutte queste forze naturali creando le condizioni per la guarigione.

La psicologia entra nel reparto di Terapia Intensiva come strumento di cura per l'identità soggettiva. La peculiarità dell'oggetto di studio della psicologia, pone quest'ultima in una situazione rispetto alla sua scientificità, che non può plausibilmente essere troppo facilmente risolta sulla base di una separazione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*. L'oggettività del metodo scientifico non pare essere esaustiva rispetto alla possibilità di comprendere la soggettività umana, per Husserl ad esempio "la soggettività non può essere conosciuta da nessuna scienza oggettiva" e questo tanto più poiché questa oggettività è stata fatta segno di numerose critiche. A tale proposito U. Galimberti si esprime in questo modo: "La psicologia si propone di studiare ciò che la scienza, sin da Cartesio e Galileo, esige sia bandito dal campo della ricerca, e precisamente quei processi, che si chiamano percezione, apprendimento, pensiero, che appartengono al medesimo ordine di quelli in

base ai quali la scienza conduce la sua indagine. Il metodo scientifico non può ridurre ciò che attua la riduzione, per cui fare della psicologia una scienza sul modello delle scienze naturali significa o instaurare un circolo vizioso o distruggere lo specifico della psicologia”.

Ci appaiono in particolare eccezioni significative le teorizzazioni di Jung e di Hillman.

Jung porta la psicologia a contatto con le predeterminazioni oscure, indifferenziate, arcaiche dell'essere umano, è lo sfondo pre-umano, simbolico a porsi in evidenza e le leggi deterministiche non hanno il potere di spiegarlo, ed è qui evidente il contrasto con l'ipotesi causale di Freud per i processi psicologici, considerata riduttiva da Jung (Jung citato da Galimberti, 1979): «Se vogliamo lavorare veramente da psicologi, allora dobbiamo conoscere il "senso" dei fenomeni psichici (...) per questo è assolutamente impossibile considerare la psiche in senso "solo causale"; dobbiamo considerarla anche in "senso finale".» E ancora, sulla nozione di simbolo: «Per simbolo io non intendo affatto un'allegoria o un semplice segno ... un simbolo non abbraccia e non spiega, ma accenna, al di là di se stesso, a un significato ancora trascendente, inconcepibile, oscuramente intuito, che le parole del nostro attuale linguaggio non potrebbero adeguatamente esprimere».

La ragione allora deve fare i conti con il simbolo, con qualcosa cioè che non è né razionale, né irrazionale o meglio assume in sé le due potenzialità, ed è quindi per sua natura ambivalente.

La ragione come primato, escludente, monoteistica, quindi, non può essere scossa dalle fondamenta dal suo opposto, in un rivolgimento dialettico che liberi l'irrazionale come nuovo valore, ma il valore stesso si dissolve giacché si distribuisce equamente tra il lato razionale ed il lato irrazionale, su questa linea interpretativa troviamo collocato Galimberti (1987) che così ulteriormente si esprime: «Per sfuggire all'ambivalenza simbolica che sconvolgerebbe il suo universo, la ragione e il sistema che la esprime mettono in scena lo spettacolo

dell'alternanza dei codici, dove l'Uno può celare sé stesso in quel gioco di specchi in cui, sotto segni diversi, si riflette un unico senso. Nell'universo della ragione, infatti, non c'è "il dissidio violentissimo", ma la pura correlazione, dove una parte si specchia nell'altra, non per una sfida simbolica, ma per scorgervi il proprio doppio, la propria immagine speculare attraverso cui si recita la finzione del conflitto tra sensi diversi e la parodia della libertà. A guardar bene, infatti, nulla è in gioco, perchè il senso è già stato deciso; resta solo da scegliere la modalità della sua articolazione che non può essere se non nell'ordine binario del sì e del no. Puro gioco di segni non sfida simbolica. Qualsiasi universo, infatti, se vuol vivere, deve trovare una regolazione binaria che non è l'ambivalenza simbolica, ma la bivalenza polare dei segni in grado di tenere lontano e di esorcizzare il conflitto dei simboli.»

Alla fine della nostra ricerca la rianimazione è stata aperta. Riteniamo importante segnalare che gli operatori sanitari devono avere una formazione psicologica e un appoggio personale permanente all'interno del reparto per acquisire un atteggiamento più ricco, innescando un'elaborazione del proprio ruolo professionale. Si determina l'esigenza di un training specifico per gli psicologi. La reazione, infatti, che gli operatori sanitari usano è l'evitamento e l'accanimento terapeutico, che esprimono il tentativo di difendere il proprio ruolo e le motivazioni di fronte alla malattia grave, evitando di ammettere la sconfitta anche quando ormai è evidente. Raramente l'operatore prende atto che deve attrezzarsi culturalmente e tecnicamente, ma attraverso gruppi di sostegno e riflessione può modificare il proprio ruolo e rivedere le motivazioni della propria scelta. La difficoltà di confrontarsi è scarsa, si tende a proporre le difese già conosciute per favorire la rimozione della morte. Anche gli psicologi, se non vengono preparati, rischiano di entrare rigidamente nel ruolo favorendo una scissione dell'unità psico-fisica dell'uomo, negando così la soggettività del malato. Bisogna formare gli

operatori ad affrontare il malato e la sua famiglia e non delegare lo psicologo, creando di nuovo uno specialista che svolge una parte. Segue una testimonianza reale che ci permette di riflettere sull'importanza della relazione.

9.1 Scritto estratto da www.nottidiguardia.it

Semplici gesti:

La signora del letto 9 era inquietata dal soffitto. Aveva riconosciuto un rosone bianco e nero che per lungo tempo aveva visto in un incubo ricorrente e terribile (durante lo stato di incoscienza). Rivederlo era la prova che l'incubo aveva qualcosa a che fare con quel posto. Sentiva molti segnali acustici, ma non vedeva nessun macchinario preoccupante. Impiegò un po' di tempo a capire che anche lei veniva curata, e che questo accadeva alle sue spalle. Quando realizzò questo iniziò a guardare meglio le persone che le stavano intorno. Intanto lei era coricata ed immobile, mentre tutti quelli che le stavano intorno erano in piedi ed in continuo movimento. Si chiese se queste persone avessero chiara la sua situazione, se sapessero bene cosa stavano facendo, se fossero in grado di curarla oppure no. Ma di nuovo la situazione di totale dipendenza e la sua inferiorità comunicativa rendeva queste domande più preoccupanti che altro. Cercò la risposta in quei comportamenti che lei riteneva rassicuranti. Chi le sorrideva la rassicurava, chi la toccava la rassicurava, chi chiedeva di lei e della sua vita fuori dall'ospedale la rassicurava, e sentiva che se mai qualcuno avesse preso una seggiola e si fosse seduto per un po' vicino a lei, sarebbe impazzita dalla gioia. Così si ritrovò di nuovo di fronte a questioni per lei di fondamentale importanza ma che viste dall'esterno potevano sembrare piuttosto patetiche. Eppure l'unico modo che aveva per poter giudicare le qualità dei suoi custodi, era quello di valutare il rapporto che riuscivano ad instaurare con lei.

C'era una giovane infermiera che a lei sembrò inesperta perché veniva rimproverata in continuazione da una sua collega altrettanto giovane ma arcigna con cui lavorava in coppia. La signora del letto 9 temeva il loro arrivo la mattina perché l'avrebbero lavata dalla testa ai piedi e avrebbe preso un freddo terribile. L'avrebbero girata sui fianchi e questo le avrebbe fatto un gran male. Ma l'infermiera inesperta era una gran maestra di comunicazione, si avvicinava molto e apriva una bocca larghissima piena di denti bianchissimi in un sorriso incredibile, la chiamava per nome e le diceva con grande attenzione tutto ciò che stava per fare. La collega arcigna procedeva invece in silenzio senza mai guardarla.

Quando iniziarono a lavarla, la signora del letto 9 si accorse dell'importanza di tutta una serie di semplici gesti (cose che si fanno senza neppure rendersi conto, cose che sembrano scontate, naturali, addirittura prive di originalità), pensò a che cosa sarebbe stata quella terribile operazione senza il premio, prima o poi, dell'infermiera sorridente.

Firmato: il Guardiano.

Qui di seguito vengono riportate alcune interviste sulla tematica: “Rianimazione Aperta” rivolte a diverse figure professionali del reparto dell’Ospedale San Giovanni Bosco di Torino.

-Il Direttore Generale della struttura

“Il reparto di Rianimazione deve essere un luogo di alta professionalità e di alta tecnologia, ma anche un luogo di rapporti umani profondi. Alla costruzione di questa rianimazione aperta contribuisce la sensibilità di professionisti preparati oltre che l’aver considerato tutte le problematiche che riguardano il concetto di igiene ospedaliera e di rischio di infezioni ospedaliere, arrivando ad attuare soluzioni che tengano conto della massima attenzione verso questi aspetti e consentendo una maggior sensibilità nei confronti di rapporti umani con i parenti ma anche con i pazienti ricoverati. Si evidenzia il concetto di umanizzazione attraverso la costituzione di maggiori relazioni umane nel reparto di Terapia Intensiva e, speriamo, in tutti i reparti dell’ospedale. E’ talmente complessa la situazione nel reparto di rianimazione che ottenere il massimo di umanizzazione in questa situazione significa dare un forte esempio per tutto l’ospedale e la sanità territoriale”.

-Il Primario

“La rianimazione aperta non presenta limiti né temporali, né fisici, né relazionali. Per aprire la rianimazione si deve effettuare un percorso non facile. Bisogna lavorare sugli operatori, che sono i primi a non essere preparati all’apertura. Nel progetto abbiamo inserito la figura dello psicologo integrato all’interno dell’equipe per rafforzare l’alleanza tra operatori sanitari, pazienti e famigliari ed eliminare tutte le barriere presenti nella rianimazione chiusa.

Ci sono delle critiche alla rianimazione aperta, per esempio il problema infettivo, ma la letteratura ha dimostrato che non è la presenza del calzare o

del camice che viene dato ai familiari, nel momento di incontro con il paziente ricoverato, a limitare il numero delle infezioni, poiché tali infezioni sono determinate soprattutto dagli operatori stessi. È, invece, importante il lavaggio delle mani prima e dopo la visita al paziente ma assolutamente non necessario l'uso del camice, mascherine o plantari. Questo elimina già una barriera e favorisce una necessità relazionale per il paziente cosciente che ha un grande bisogno in questa circostanza di affetti familiari.

Nella nostra rianimazione aperta si dedica molto tempo al colloquio con i familiari allestendo una stanza silenziosa e confortevole, con un divano e delle poltrone, per favorire il momento del colloquio. Inoltre, gli psicologi aiutano gli operatori nelle situazioni critiche.

In Italia quasi tutte le Terapie Intensive sono chiuse e tale chiusura è dovuta ad una questione culturale, c'è una tradizione da superare. Sono prima di tutto gli operatori che non riescono ad allontanarsi dal modello della T.I. chiusa. La difficoltà è avere la presenza dei familiari in reparto, essere osservati mentre si lavora e considerare i parenti come un ostacolo continuo alla propria attività di reparto.

Non è facile, ma bisogna inserire accorgimenti che permettano di evitare l'ostacolo del familiare e favorire la relazione.

È fondamentale comunicare nel modo giusto le notizie difficili. Infatti l'apertura favorisce proprio questo aspetto. Sia i parenti che i pazienti si sentono rassicurati in una struttura aperta perché vedono quello che succede e ciò non può che favorire la comunicazione e la relazione tra operatori, familiari e pazienti. Purtroppo gli operatori sanitari (medici, infermieri, o.s.s.) non hanno una formazione che li prepari alla comunicazione. Ci sono predisposizioni individuali e quindi molti colleghi si dimostrano bravissimi a relazionarsi con i familiari, altri, pur essendo eccellenti professionisti, hanno difficoltà a comunicare.

Lo psicologo nel nostro reparto è stato voluto per migliorare la relazione e creare una triangolazione tra operatori sanitari, parenti e pazienti. Lo psicologo non deve essere pensato come figura esterna, ma inserito all'interno dell'équipe, dove affronta gli stessi problemi che vivono gli operatori sanitari. Lavora con l'operatore, soprattutto in questa fase iniziale, per cercare di modificare e superare quelle abitudini e tradizioni a cui l'operatore è abituato nella rianimazione chiusa. Inoltre, l'intervento dello psicologo è rivolto anche al paziente che difficilmente può comunicare o relazionarsi a causa del suo stato di incoscienza o poiché è intubato o attaccato ad un ventilatore; questa situazione crea sovente un distacco tra l'operatore sanitario, che quasi "non si accorge" della presenza del malato, e il paziente con la sua necessità di voler comunicare e il suo diritto di poter fare delle scelte. L'obiettivo rimane quello di cercare di dare il meglio per superare la patologia, spesso dimenticando la volontà del malato, aspetto che si dimostra fondamentale.

-Operatore medico

"L'esperienza di rianimazione aperta è sicuramente una bella esperienza quando viene rivolta ad alcuni pazienti in svezzamento respiratorio, post neurochirurgici, post traumatici che si presentano in fase di recupero. Avere accanto, in questi momenti, un parente o una persona cara può sicuramente aiutare il recupero sia in termini di qualità che di tempo.

Tuttavia, la rianimazione aperta crea difficoltà all'operatore. La presenza del parente spesso "intralcia" il lavoro dell'operatore non solo con le richieste, ma anche semplicemente con la sua presenza fisica. La rianimazione aperta rappresenta comunque una novità, bisogna essere pronti e preparati ad operare, lavorare con la presenza del parente. Pertanto, sono convinta che la presenza del familiare sia positiva per i malati coscienti. Ma per quanto riguarda i malati in fase acuta, cioè quei malati appena ricoverati e spesso incoscienti il parente diventerebbe una fatica e un problema in più.

Naturalmente è importante oltre che fondamentale una preparazione e una formazione specifica alla rianimazione aperta”.

-Caposala

“Abbraccio il modello di rianimazione aperta soprattutto valutando il mio rapporto con i familiari di pazienti ricoverati in TI. Tale modello richiede un grosso lavoro di crescita e maturazione del personale infermieristico, sia a livello di percorso personale, sia nell’essere preparati alla comunicazione e alla relazione d’aiuto professionale. Viene chiesta al personale infermieristico una grossa capacità di entrare nella comunicazione tecnica tra medico e familiare e saper cogliere tutti quei risvolti del non verbale.

La comunicazione e la relazione tra il familiare e il clinico può restare ad un livello di informazioni sanitarie e il gruppo infermieristico può stare fuori da questa comunicazione tecnica tra medico e parente e preferire una posizione passiva; oppure se si sceglie la Rianimazione Aperta, è importante e doveroso saper entrare nel rapporto tra medico e parente come completamento delle informazioni che si hanno sull’assistito, oltre che riuscire a coinvolgersi nella relazione con il parente. I familiari dei malati, con gli infermieri, spesso si permettono di rilassarsi e di esprimere le proprie emozioni. L’infermiere deve quindi essere pronto ad accoglierli come completamento della sua professionalità. E’ importante, comunque, fare un lavoro all’interno dell’équipe, cercando di trovare delle strategie, a livello del quotidiano, per facilitare questi compiti agli infermieri che, se no, rischiano di diventare operatori troppo tecnici soprattutto all’interno di un reparto di rianimazione”.

-Infermiere Professionale

“L’apertura della rianimazione rappresenta un momento importante per la professionalità degli infermieri, poiché proprio in Terapia intensiva l’infermiere rappresenta un’interfaccia tra il paziente e il parente. I pazienti sedati presentano uno stato neurologico alterato e questo rende difficile la comunicazione tra i due, inoltre i familiari avvertono il reparto di Terapia Intensiva come molto complesso e pesante dal punto di vista diagnostico. Viene vissuta una sorta di paura ad entrare in contatto con il proprio caro ricoverato e spetta dunque agli infermieri il ruolo di mediatore. Differente è quello che succede in altri reparti dove la presenza dell’infermiere come mediatore di emozioni è minore in quanto il paziente è in grado di comunicare direttamente e in maniera autonoma con i propri familiari.

La rianimazione aperta comporta una maggior difficoltà nell’organizzare il proprio lavoro che tuttavia non ritengo insormontabile: è una questione di attitudine e di percepire questo cambiamento come momento importante e di crescita sia professionale che personale. Gli infermieri che lavorano in rianimazione sono abituati a considerare questo reparto un luogo che isola il malato e permette di gestirlo in maniera autonoma, senza vincoli o situazioni esterne che intervengono. Con l’avvento della rianimazione aperta ci troviamo a dover interagire anche con i parenti, un cambiamento non facile. Per me è stata una sfida, non senza difficoltà ma neanche con particolari problematiche, modificare la mia modalità organizzativa del lavoro,. È una questione di atteggiamento e di consapevolezza del proprio lavoro”.

10. ALLEGATI

ALLEGATO N° 1: QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA FIGURA DELLO PSICOLOGO PRESSO IL REPARTO DI RIANIMAZIONE

ALLEGATO N° 2: QUESTIONARIO SULLA SCELTA PROFESSIONALE

ALLEGATO N° 3: INDAGINE SULLA FIGURA DELLO PSICOLOGO E SULLA SCELTA PROFESSIONALE SVOLTA NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO DI TORINO

ALLEGATO N° 1

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA FIGURA DELLO PSICOLOGO PRESSO IL REPARTO DI RIANIMAZIONE

Il questionario qui di seguito presentato è lo strumento di indagine scelto per valutare il grado di accettazione della figura dello Psicologo da parte degli operatori del reparto di rianimazione. Nel chiederLe di rispondere con la massima sincerità alle domande, Le ricordiamo che il questionario è anonimo e La ringraziamo per la cortese collaborazione.

Sesso:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	ETA'(in anni):	
			20 – 25	<input type="checkbox"/>
			26 – 30	<input type="checkbox"/>
			31 – 35	<input type="checkbox"/>
Professione:	Medico	<input type="checkbox"/>	36 – 40	<input type="checkbox"/>
	Infermiere	<input type="checkbox"/>	41 – 45	<input type="checkbox"/>
	Medico specializzando	<input type="checkbox"/>	46 – 50	<input type="checkbox"/>
	O.S.S.	<input type="checkbox"/>	51 – 55	<input type="checkbox"/>
	Tirocinante	<input type="checkbox"/>	Oltre 55	<input type="checkbox"/>

Dom. 1 E' stato informato della presenza dello Psicologo presso il reparto di rianimazione dell'Ospedale San Giovanni Bosco?
SI NO

Dom. 2 E' d'accordo sulla presenza dello Psicologo nel reparto di rianimazione?
SI NO

Dom.2bis Perché?

Dom. 3 Ritene che la presenza dello Psicologo nel reparto di Rianimazione possa essere utile?
SI NO

Dom.3bis Perché?

Dom. 4 Se sì, nei confronti di chi:

- Pazienti ricoverati
- Parenti dei pazienti ricoverati
- Infermieri
- Medici
- Altri

Dom. 5 Pensa che le possa essere utile la presenza dello Psicologo nell'ambito della sua attività?

- SI NO

Dom. 5bis Se SI, in quali circostanze?

Dom. 6 Sarebbe disponibile a partecipare a gruppi di discussione con i suoi colleghi della rianimazione e con la collaborazione dello Psicologo?

- SI NO

Dom. 6bis Indicare perchè

Grazie per la collaborazione.

ALLEGATO N° 2

QUESTIONARIO SULLA SCELTA PROFESSIONALE

Le chiediamo gentilmente di leggere attentamente le domande rispondendo con la massima sincerità e ricordando che il questionario è anonimo.

- 1. Et  (in anni) :** 20-25
25-30
30-35
35-40
40-45
45-50
oltre 50
- 2. Sesso:** 1 M 2 F
- 3. Svolge la professione di:** medico
Infermiere
medico Specializzando
tirocinante infermiere
O.S.S.

4. Da quanti anni svolge la sua professione? _____

5. Da quanti anni svolge la sua professione all'interno del reparto di rianimazione?

6. Come giudica le sue capacit  comunicative/relazionali con i pazienti:

	0	1	2	3	4	5	
minime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	massime

7. Come giudica le sue capacit  comunicative/relazionali con i colleghi:

	0	1	2	3	4	5	
minime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	massime

8-10. Quanto pu  essere d'aiuto per il paziente di una rianimazione un'appropriata relazione con:

	0	1	2	3	4	5	
il medico:	poco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	molto
l'infermiere:	poco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	molto
i propri familiari:	poco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	molto

11. Ha delle difficolt  nel comunicare la diagnosi ai familiari del paziente (per chi fa o per chi ha potuto fare queste comunicazioni)?

SI NO

11bis. Perch ? _____

12. Crede sia importante lo scambio di informazioni tra medico e infermiere?

SI NO

13-15. Nella sua vita privata che influenza hanno i suoi pazienti

	0	1	2	3	4	5			
							poca	<input type="checkbox"/>	molta
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Le capita di pensare ai suoi pazienti							SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le capita di parlare dei suoi pazienti							SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

16. Crede che la relazione medico-paziente o infermiere-paziente possa suscitare nel medico o nell'infermiere un coinvolgimento emotivo?

SI NO

17. Nel momento in cui si relaziona con un paziente del reparto di rianimazione, quanto rimane coinvolto?

	0	1	2	3	4	5	
							poco
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	molto

18. Pensa che la figura dello psicologo in un reparto di rianimazione possa essere utile?

	0	1	2	3	4	5	
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI

19. Come si sente prima dell'inizio della sua giornata lavorativa?

- orgoglioso/soddisfatto
- gioioso/felice
- sereno
- preoccupato
- innervosito
- triste/infelice
- depresso/avvilito
- arrabbiato

20. Come si sente alla fine della sua giornata lavorativa

- orgoglioso/soddisfatto
- gioioso/felice
- sereno
- preoccupato
- innervosito
- triste/infelice
- depresso/avvilito
- arrabbiato

20-22. Quali, fra queste motivazioni, La coinvolgono di più, nella sua attività.

Necessità di esprimere aspetti positivi di sé

Occasione di arricchimento e crescita personale

Consapevolezza e percezione dei bisogni/problemi degli altri

Incentivo economico

Assunzione di un ruolo attivo e determinante nel sociale

Si sente coinvolto

Grazie per la collaborazione.

ALLEGATO N° 3

INDAGINE SULLA FIGURA DELLO PSICOLOGO E SULLA SCELTA PROFESSIONALE SVOLTA NEL REPARTO DI RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO DI TORINO

PREMESSA

Il reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, all'interno del quale si è svolta la ricerca qui di seguito presentata, è costituito da 57 operatori sanitari suddivisi in 19 medici, 26 infermieri, 12 O.S.S..

Un primo obiettivo della ricerca in oggetto è quello di conoscere le opinioni dei dipendenti del reparto di Terapia Intensiva sull'utilità della figura dello psicologo ad un anno del suo inserimento in équipe. Un secondo obiettivo è quello di mettere in evidenza eventuali difficoltà nelle relazioni interne tra il gruppo di lavoro e nelle relazioni esterne (tra il personale e i familiari dei degenti).

METODOLOGIA

Il questionario

L'indagine è stata condotta invitando i dipendenti del reparto a rispondere a due brevi questionari costituiti per lo più da domande chiuse (vedi allegati n° 1 e 2). Le uniche domande aperte sono quelle relative ad un chiarimento di una precedente domanda con risposta dicotomica (SI/NO). La scelta di utilizzare nel questionario domande chiuse risiede nella difficoltà di codificare le risposte che, per loro natura, sono molto diverse.

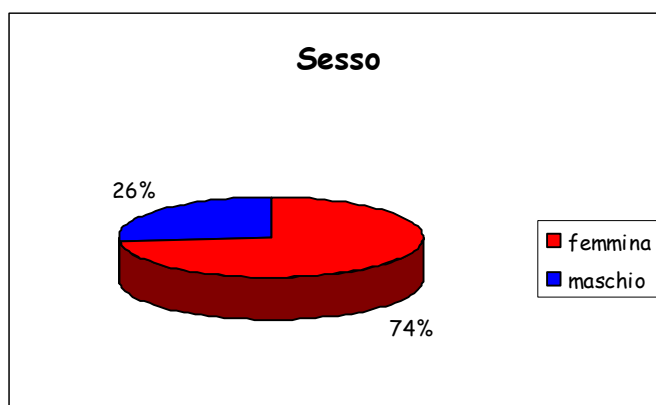
Le risposte seguono una scala Likert di uguale dimensione per tutte le domande (da 0, poco, a 5, molto). In questo modo è possibile costruire delle

distribuzioni di frequenza per ciascuna domanda del questionario e procedere alle opportune elaborazioni statistiche.

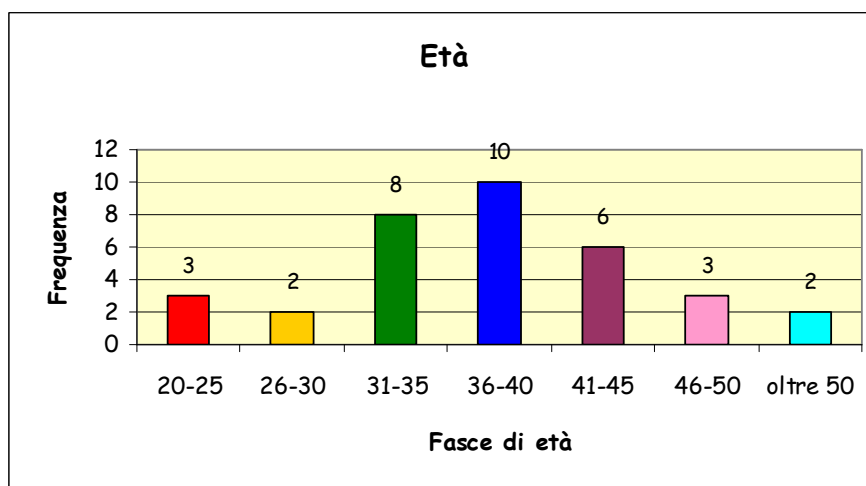
La somministrazione di entrambi i questionari ha richiesto un tempo medio di compilazione di circa 10 minuti; i questionari sono anonimi e, una volta compilati sono stati depositati in un'apposita urna.

Il campione

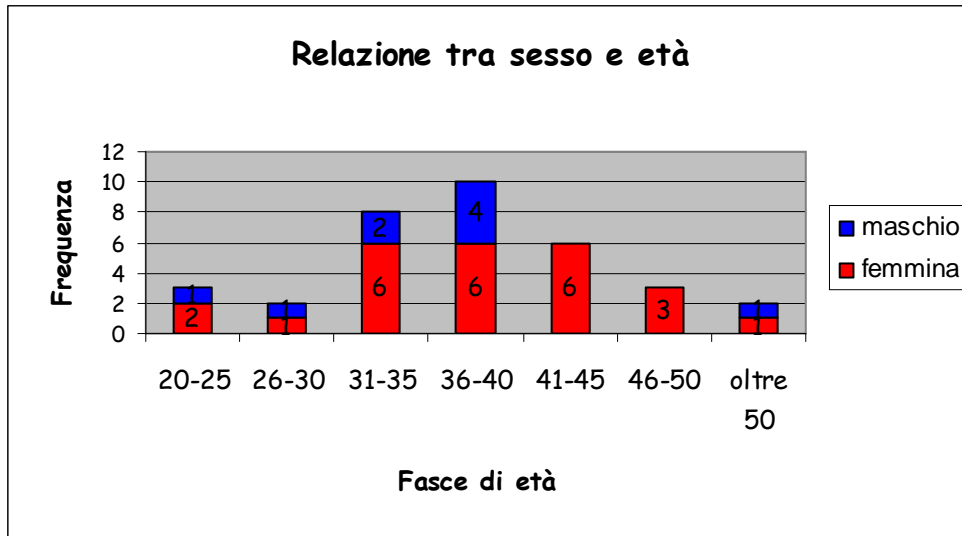
Hanno partecipato all'indagine 34 soggetti (che rappresentano il 59% della popolazione) per il questionario relativo alla scelta professionale e 30 (il 52% della popolazione) per il questionario relativo alla figura dello psicologo. Le caratteristiche socio-anagrafiche sono riportate nei grafici 1, 2, 3, 4 per il questionario sulla scelta professionale:



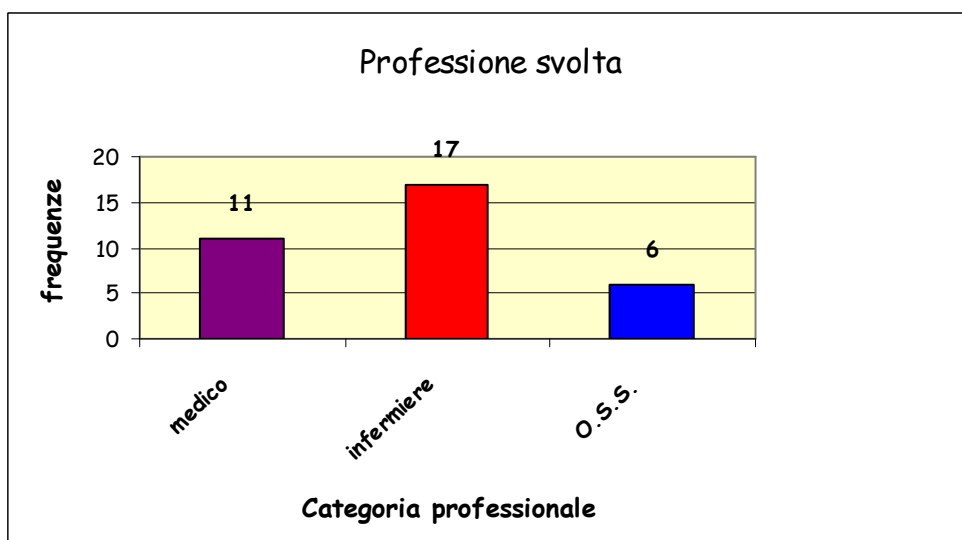
Graf. 1



Graf. 2

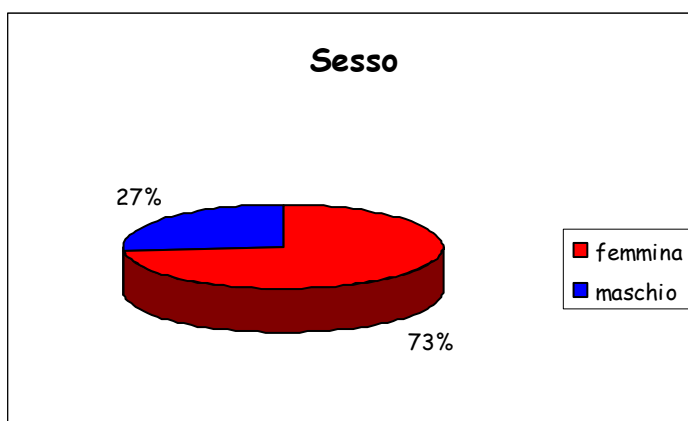


Graf.3

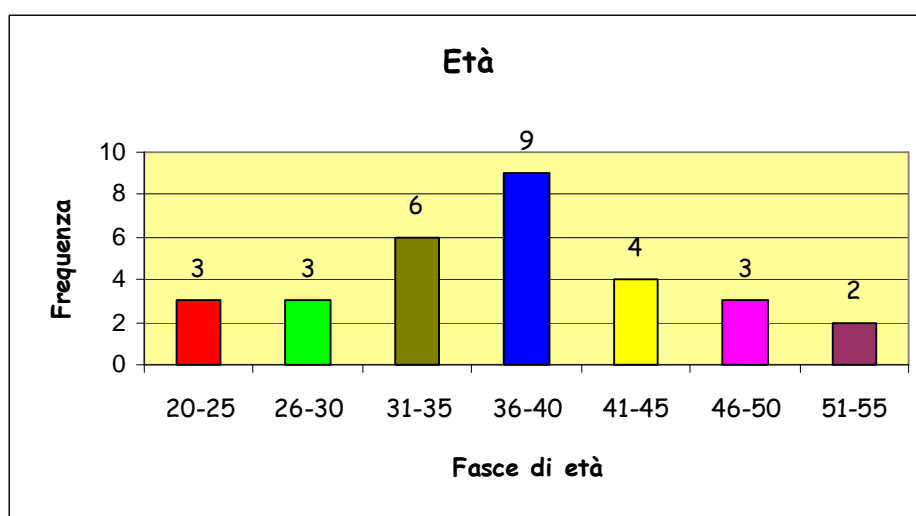


Graf. 4

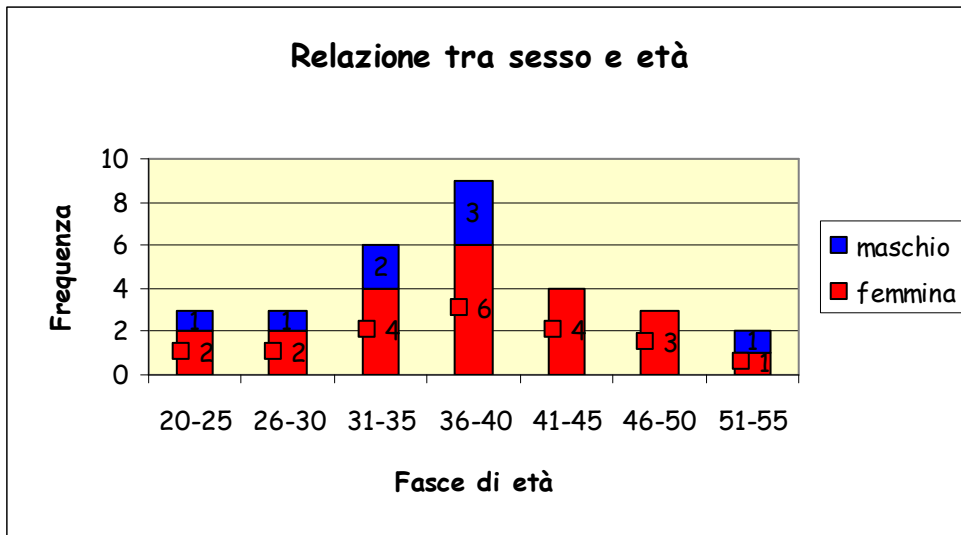
E nei grafici 5, 6, 7, 8 per il questionario relativo alla figura dello psicologo:



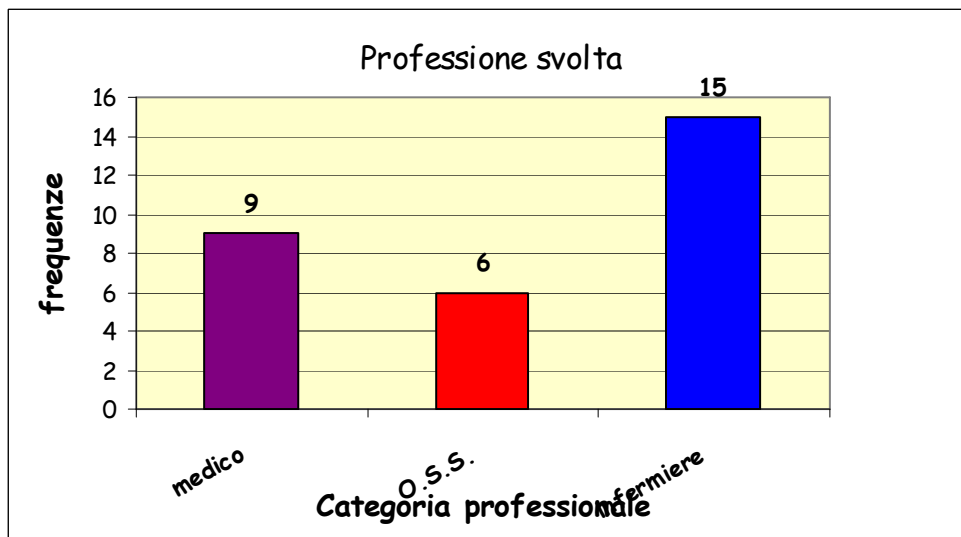
Graf. 5



Graf. 6



Graf. 7



Graf. 8

ANALISI SUL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA SCELTA PROFESSIONALE:

Il personale del reparto si caratterizza con una prevalenza del genere femminile sul maschile (74% contro il 26%) e con una età media lievemente più elevata per il genere femminile (38 anni contro 36).

Per quanto riguarda la posizione professionale gli infermieri rappresentano il 50% del personale, i medici il 32% e gli O.S.S. il 18%.

L'anzianità professionale è mediamente di 9,7 anni; mentre l'anzianità nel reparto è di 6,3 anni.

Gli item cui corrisponde la percentuale di risposta più elevata alle domande dicotomiche sono riportate nella seguente tabella 1.

Tabella 1.

ID	Domande	% risposta	Item
11	Difficoltà nella comunicazione della diagnosi ai famigliari del paziente	38	Non risposte
12	Importanza scambio informazioni tra medico e infermiere	100	Si
14	Pensare nella vita privata ai propri pazienti	82	Si
15	Parlare nella vita privata dei propri pazienti	82	Si
16	Coinvolgimento emotivo della relazione medico (infermiere)/paziente	97	Si

Ad eccezione della domanda 11, cui corrisponde una percentuale di non risposte molto elevata, per le altre domande la presenza di elevate percentuali di risposta sull'item positivo mette in evidenza una alta professionalità del personale del reparto unitamente ad un forte coinvolgimento emotivo.

Le domande specifiche sulle relazioni interne/esterne prevedono risposte articolate in 6 item su scala ordinale (da 0 a 5): i primi tre esprimono posizioni negative i successivi tre posizioni positive. La tabella 2 riporta, per ciascuna domanda, alcune statistiche di sintesi.

Tabella 2.

ID	Domande	%	Livello modale	% Livelli positivi	Indici di eterogeneità²
6	giudizio sulle proprie capacità comunicative relazionali con i pazienti	50	3	91	0,72
7	giudizio sulle proprie capacità comunicative relazionali con i colleghi	38	3	82	0,86
8	Aiuto per il paziente una positiva relazione con il medico	44	5	91	0,83
9	Aiuto per il paziente una positiva relazione con l'infermiere	65	5	97	0,62
10	Aiuto per il paziente una positiva relazione con i propri familiari	65	5	97	0,61
13	influenza dei pazienti nella propria vita privata	44	3	62	0,86
17	coinvolgimento della relazione con il proprio paziente	47	3	74	0,80
18	Importanza della figura dello psicologo nel reparto	53	5	94	0,74

Come si può notare la prevalenza delle risposte è sempre posizionata sugli item positivi; in particolare emergono come molto positive le relazioni paziente/infermiere (ID=9) e paziente/propri familiari (ID=10) questo giudizio è concentrato prevalentemente sugli item positivi, come dimostrano i due valori più bassi dell'indice di eterogeneità. Molto positivo è anche il giudizio sulla relazione medico/paziente (ID=8), tuttavia questo giudizio è più

equidistribuito dei precedenti, come dimostra il più elevato valore dell'indice di eterogeneità. Anche l'importanza della presenza dello psicologo nel reparto (ID=18) è ritenuta positiva dal 94% degli intervistati, con un indice di eterogeneità abbastanza elevato, che denota una certa equidistribuzione delle risposte sugli item positivi.

Al contrario le domande 7 e 17 presentano un livello modale più scarso e una percentuale di coinvolgimenti positivi meno elevata, questo comportamento di risposta è in sintonia con indici di variabilità abbastanza elevati. In particolare le risposte date alla domanda 17 non sembrerebbero coerenti con quelle date alla domanda 16 evidenziata nella precedente Tabella. Tuttavia se si considerano le risposte alla domanda 13 emerge una debole influenza dei propri pazienti nella vita privata dell'intervistato. Infine le risposte alla domanda 6 esprimono una buona capacità relazionale con i pazienti.

² L'indice di eterogeneità misura la variabilità tra i fenomeni qualitativi. Varia tra 0 e 1: bassi valori dell'indice indicano la tendenza delle frequenze a concentrarsi su un item, al contrario elevati valori indicano la tendenza delle frequenze a equidistribuirsi su tutti gli item.

ANALISI SUL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA FIGURA DELLO PSICOLOGO:

Anche in questo questionario, come per il precedente, il personale del reparto che ha risposto si è caratterizzato attraverso una prevalenza del genere femminile sul maschile (73% contro 27%); un'età media femminile di circa 38 anni e un'età media maschile di circa 35 anni. Per le posizioni professionali il campione è costituito dal 50% di infermieri contro un 30% di medici e un 20% di O.S.S..

Tutti gli intervistati concordano sulla presenza dello psicologo nel reparto, con le seguenti motivazioni: il 33% la considera necessaria per facilitare il lavoro di gruppo dell'équipe, il 40% la ritiene necessaria nelle situazioni di stress e come conforto emotivo nelle relazioni tra parenti-pazienti-personale sanitario, il 20% non risponde.

Tutti gli intervistati concordano sull'utilità della presenza dello psicologo nel reparto, con le seguenti motivazioni: il 37% la ritiene utile per gestire i momenti comportamentali dell'intera équipe, il 37% come sostegno psicologico individuale, il 26% non risponde.

Il 56% dei soggetti ritiene che lo psicologo possa esercitare la propria professionalità su tutte le figure presenti nel reparto: pazienti ricoverati, familiari degli stessi, infermieri, medici; mentre solo il 10% pensa che lo psicologo possa servire solo ed esclusivamente per i pazienti e il 30% solo ed esclusivamente per i familiari.

La maggior parte degli intervistati (87%) ritiene utile lo psicologo nell'ambito della propria attività, in particolare per gestire situazioni emotive con i pazienti o con i loro famigliari.

L'83% è disponibile a partecipare a gruppi di comunicazione con i propri colleghi gestite dallo psicologo.

COMMENTO FINALE

Dall'indagine emerge una diffusa e positiva opinione sulla utilità di poter ricorrere a una figura competente per gestire situazioni emotive che spesso si presentano nel tipo di lavoro svolto. Tuttavia, quando sollecitati a descrivere le motivazioni alle risposte date, alcuni intervistati denunciano un certo imbarazzo a fornire tali risposte (circa il 20% di non risposte): il che denuncia una certa difficoltà di analisi introspettiva.

Per quanto riguarda la scelta professionale dell'equipe del reparto di Terapia Intensiva emerge una posizione di alta professionalità; infatti è diffusa la consapevolezza dell'importanza dello scambio di informazioni tra medico e infermiere. Inoltre emerge che sia di aiuto per il paziente l'esistenza di una relazione positiva con l'infermiere e con i propri familiari (RIANIMAZIONE APERTA), meno importante appare invece la figura del medico. Tuttavia il giudizio sulle proprie capacità relazionali si assesta su una valutazione appena sufficiente da parte del 50% dei rispondenti. Questo denuncia un certo bisogno di aiuto e di formazione che si collega con la valutazione elevata circa l'utilità e l'importanza di una figura di riferimento.

11. BIBLIOGRAFIA

Abbagnano N., *Storia della filosofia*, UTET, Torino, 1974.

Balsamo M., Napolitano F., *Costruire e ricostruire* Borla, Roma, 1994.

Bion W., *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, 1971.

Campione F., *Guida all'assistenza psicologica del malato grave*, Patron Editore Bologna, 1986.

Carotenuto A., *Trattato di psicologia analitica*, Vol. II, UTET, Torino, 1992.

Corrao F., *Tè Koinòn: per una metateoria del gruppo a funzione analitica*, «Koinos, Gruppo e Funzione Analitica», XVI, 2, Borla, Roma, 1995.

De Polo R., *Inconscio gruppale e modulazioni terapeutiche: indicazioni e controindicazioni all'analisi di gruppo*, Riv. Gruppi, Vol.II n° 1/2000.

Druetta W., *L'opaco, l'ambiguo e l'equivoco in Psicodramma*, n° 5 Rivista Psicodramma Analitico, 1995.

Freud S., (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, tr. It. In Opere, 9, Boringhieri, Torino, 1977.

Frityof K., *Il punto di svolta*, Feltrinelli 2003.

Foulkes S.H., *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, 1976.

Galimberti U., *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1979.

Galimberti U., *La Terra senza il male*, Milano, Feltrinelli, 1984.

Galimberti U., *Gli equivoci dell'anima*, Milano, Feltrinelli, 1987.

Gasca G., *Lo psicodramma come analisi attraverso il gruppo*, in *Psicodramma Analitico*, n°0, dicembre, Torino, 1992.

Gasseau M. e Gasca G., *Lo psicodramma junghiano*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.

Guttman D., *Gruppi e trasformazione*, in *Gruppi* n° 1, 2003.

Heidegger, *Essere tempo*, Lonanesi, 1971.

Husserl E., *L'idea della fenomenologia*, Mondatori, Milano, 1988.

Hillman J. (1975), *Re-visione della psicologia*, Adelphi, Milano, 1983.

Hillman J., *Saggi sul Puer*, Adelphi, Milano, 1988.

Hillman J., *Anima*, Adelphi, Milano, 1989.

Jung C.G., (1928) *Psychologische Tyologie*, Tr. It. Tipologia Psicologica, in *Opere*, Vol. VI, Tipi Psicologici. Torino Boringhieri, 1983.

Jung C.G., (1948) Ed. It., *La psicologia dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1968.

Lo Verso G., Di Maria F., *La psicodinamica dei gruppi*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.

Napolitani D., *Individualità e gruppaltà*, Boringhieri, 1987.

Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A.M., *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.

Ronchi E., *Dall'individuo al gruppo; cambi di paradigmi e di setting in psicoterapia*, Psychomedia Telematic Review, 1998.

Vigorelli M., *Istituzione tra inerzia e cambiamento*, Boringhieri, 1994.

Kaës R. (1994), *La parola e il legame*, Borla Roma.

Winnicott D.W. (1986), *Dal luogo delle origini*, Cortina, Milano, 1990.

Rivista di psicologia analitica 65-2002 N° 13.