

CAP. 6 - LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE D'AIUTO

SCHEMA DEL CAPITOLO

1.Importanza della comunicazione

1.1.Funzione logica

1.2.Funzione analogica

2.Elementi per comunicare autenticamente con il sofferente

3.Le risposte

4.La relazione d'aiuto

5.Alcuni dialoghi esplicativi

Poiché uno dei compiti principali del volontario è quello relazionale, evidenzieremo in questo capitolo gli elementi primari per impostare una comunicazione che si possa configurare come “aiuto concreto” al bisogno d'aiuto.

Dunque, una comunicazione, non generica o didattico-pedagogica ma che assuma le caratteristiche di “valenza terapeutica” per il tempo della sofferenza.

1.Importanza della comunicazione

Da sempre l'uomo ha innato il bisogno di porsi in relazione con gli altri per scambiare idee, informazioni, emozioni o per mantenere rapporti con l'ambiente familiare, professionale e sociale.

Questa esigenza si è accresciuta nella nostra epoca nella quale anche la comunicazione tra persone, nei tradizionali ambiti di vita comune, ad esempio la famiglia, sembra diminuire. Si sprecano molte parole ma il dialogo è scarso, e quindi nascono continuamente nuove forme comunicative (gruppi di auto-aiuto, ricorso a psicologi, lettere ai giornali, partecipazione a programmi televisivi, anche demenziali, trattando argomenti strettamente personali...).

Comunicare è indispensabile anche nel tempo della sofferenza di fronte ad un'impostazione sanitaria spesso erede del positivismo che, come più volte abbiamo affermato, ritiene primari gli aspetti organici della malattia trascurando quelli relazionali ed emozionali.

Che il malato si senta solo e ne soffra, che sia in preda al panico e all'angoscia pensando alla terapia e all' intervento del giorno dopo; questo alla medicina non sempre interessa.

Che il malato sia spaventato dalla morte che sente avvicinarsi ogni giorno di più; questo la medicina spesso lo ignora.

La comunicazione, inoltre, riveste per il sofferente il ruolo di drenaggio emotivo attenuando l'aggressività, l'isolamento, la depressione e la passività. Perciò, una delle esigenze più pressanti del paziente, è una migliore comunicazione con il medico, con l'operatore sanitario, con l'assistente spirituale e con il volontario.

La comunicazione si manifesta mediante due sistemi espressivi:

- il “modello interattivo logico”, vale a dire la “comunicazione verbale” che si rende concreta prevalentemente con la parola;
- il “modello interattivo analogico”, cioè il non verbale che si manifesta mediante movimenti, gesti e simboli.

E’ quindi importante correggere il concetto diffuso che la comunicazione sia costituita unicamente, o in massima parte, dalla parola, poichè un’adeguata attenzione merita anche il canale “analogico”, in alcuni casi più importante di quello “logico”. Infatti, mentre può esserci una comunicazione unicamente su base “analogica”, è impossibile quella “verbale” priva di un qualsiasi riferimento al “non verbale”.

Inoltre, la comunicazione analogica, se attentamente osservata, rivela la totale o non totale congruenza, veridicità e sincerità dell’interlocutore.

1.1.FUNZIONE LOGICA

La funzione logica, o comunicazione verbale, ha come centro la parola: il bambino apprende facilmente a parlare; la vita di ogni uomo è intessuta di parole che l’accompagnano come il respiro.

Notiamo, inoltre, una sfrenata corsa alle parole per propagandare la propria idea. Eppure, il colloquio, è sempre una sfida. Possiamo pronunciare parole giuste o sbagliate, quelle che aprono delle ferite o quelle che aiutano a guarire, quelle che costruiscono o quelle che distruggono, che creano unione o che aprono divisioni, quelle che infondono timore o quelle che emanano la pace; parole di vita o di morte.

Nella comunicazione quotidiana con la parola trasferiamo notizie, ricordiamo degli eventi, scambiamo delle opinioni e dei pareri.

Nella comunicazione con il sofferente dobbiamo andare oltre per giungere allo “scambio di sentimenti” poiché, solamente a questo livello, comprendiamo come il bisognoso d’aiuto sta affrontando il suo dolore.

I sentimenti ci fanno comprendere i valori, costituiscono il fondo vitale dell’uomo e manifestano il significato che un evento assume per la persona.

Questo è il grado più profondo e più intimo raggiungibile dalla parola e riveste una “valenza terapeutica”, soprattutto oggi, di fronte a procedimenti diagnostici e terapeutici che hanno alleviato unicamente il dolore fisico. Ma l’ansia, la trepidazione e la paura trovano nella farmacologia un conforto effimero; da qui l’esigenza di un dialogo “da persona a persona”, oltrepassando il ruolo; un rapporto tra due soggetti di pari dignità; un incontro tra due volti che si guardano negli occhi.

Fino a quando la nostra parola con il sofferente non è in grado di creare un clima che favorisca lo scambio di sentimenti, di lui conosciamo poco poichè nessuno dei due si è autenticamente aperto all’altro.

1.2.FUNZIONE ANALOGICA

La funzione analogica della comunicazione riguarda il “non verbale” e il simbolismo comunicativo. E’ meno conosciuta ma è alquanto importante nel processo comunicativo.

Il più delle volte riteniamo che la condivisione di un messaggio si origini unicamente da una persuadente comunicazione logica: parole e argomenti

convincenti, dimenticando che anche l'inconscio, i sentimenti e le emozioni, comunicano con modalità proprie.

L'importanza della funzione analogica si basa sul fatto che a volte gli aspetti comportamentali sono istintivi più che logici e l'atteggiamento spesso precede la motivazione logica.

Si pensi, ad esempio, agli atteggiamenti che inconsapevolmente assumiamo nei confronti di un "oratore noioso" anche se ci applichiamo per mantenerci impassibili.

Nella comunicazione, la parte analogica, mostra la contraddizione tra i sentimenti, gli istinti e il razionale. Rivela, inoltre, la congruenza o meno con quello che la parola afferma e, di conseguenza, l'autenticità del messaggio comunicato che coinvolge, emotivamente e ansiosamente l'interlocutore nei confronti del contenuto. Dunque, quando la parola maschera o inganna, il corpo fornisce indizi di verità.

La comunicazione analogica si manifesta con alcuni atteggiamenti connessi a quella verbale e al contesto relazionale nel quale si svolge: gestione degli spazi fisici (distanza tra sé e gli altri...), instabilità della postura (dondolio, posizione arti superiori o inferiori...), contrazione muscolare del volto (deglutizione, irrigidimento mascellare, fuga dello sguardo...), utilizzo di rumori e di suoni privi di un significato logico (raschiamento della gola, emissione di sbuffi, ricorso continuo a interazioni prive di logicità...), tocco o grattamento di determinate parti del corpo (frontale, occipitale, auricolare, sopracciglio, naso, polso, dorso della mano, zona scapolare...), uso di oggetti (giocherellare con la penna o con l'anello, toccarsi la cravatta o la collana...), abbigliamento (vestiti, ornamenti, trucco...).

L'ascolto della parola, l'attenzione ai gesti e la comprensione dei sentimenti, sono elementi fondamentali da rammentare in ogni incontro.

Solamente ponendo attenzione a tutto quello che l'interlocutore utilizza, volutamente o no, eviteremo nella comunicazione con il sofferente, l'omertà, la congiura della menzogna o il cosiddetto "gioco della maschera".

Chi lo pratica, come in teatro, indossa la maschera per condurre un dialogo fittizio che non corrisponde al suo pensiero o per impersonare un ruolo diverso da quello che egli è. E anche il sofferente, per paura, per non turbare e non compromettere determinati equilibri, indossa la sua maschera, finge e recita, rendendo impossibile un reale incontro tra persone.

La visita al sofferente si trasformerà in una farsa ed egli rimarrà sempre più solo con il suo dramma!

2.Elementi per comunicare autenticamente con il sofferente.

2.1.ACCOGLIENZA

È la fase preliminare della comunicazione.

Accogliere l'altro, significa riconoscerlo essere umano, unico e irripetibile,

metterlo a proprio agio individuando i suoi bisogni essenziali e fondamentali, in modo particolare quello di sentirsi accolto e amato.

Spesso, il sofferente, non attende unicamente chi fa, perché è consapevole che a livello terapeutico o sociale è impossibile fare di più e meglio; aspetta chi è disponibile a interessarsi della sua interiorità dove sono presenti le sue paure e le sue ansie.

Chiede una comunicazione che entri con discrezione ma significativamente nel suo vissuto affinché quel colloquio sia la medicina per un cuore che spesso soffre ferite più profonde e dolorose di quelle del corpo.

2.2.ASCOLTO

In ogni comunicazione, uno dei fattori principali, è l'ascolto: attenti a quello che l'altro dice ma anche a "come lo dice".

Questa è un'arte difficile non essendo più abituati ad ascoltare, assorbiti da una quotidianità frenetica, ma anche perché l'ascolto è influenzato da alcuni fattori disturbanti: le preoccupazioni personali, il desiderio di offrire immediatamente delle risposte, il disinteresse, la paura del coinvolgimento emotivo...

Per ascoltare è indispensabile il silenzio esterno e interiore, poiché unicamente sapendo udire noi stessi sapremo ascoltare meglio gli altri.

Dalla predisposizione a rimanere in silenzio sgorga la capacità di un ascolto che presta attenzione all'altro senza pregiudizi e senza riserve.

A queste condizioni possiamo definire l'ascolto un "atto spirituale", "poiché intriso della competenza interiore, dell'eco interiore proprio di ciascuno. Un perfetto ascolto non è possibile se l'interiorità è assente"¹.

Ascoltare è esserci, è presenza; infatti, la solitudine nasce primariamente non perché si vive soli ma perché pochi sono disposti ad ascoltare!

2.3.NON GIUDICARE

Giudicare ed etichettare reprimono la comunicazione oltre che bloccare ogni relazione.

A volte, emettiamo giudizi, anche se possediamo pochi e frammentari indizi. Poi, perseveriamo in quest'atteggiamento o imponiamo autoritariamente il nostro punto di vista.

In ambienti circoscritti, la persona è spesso sentenziata da un dogmatismo manicheo e, in conformità a preconcetti e differenze, è etichettata per un lungo periodo anche se si sforza di modificarsi o si rivela migliore.

Con questo atteggiamento che denota la paura del confronto e l'incapacità ad abbandonare il proprio punto di vista, è impossibile gestire una valida relazione.

Serve porre come punti di partenza delle nostre affermazioni, e anche dei giudizi, quando si è direttamente chiamati a formularli, il considerare l'altro come un valore, l'accogliere una confidenza come un privilegio, il vincere la

¹G. COLOMBERO, *Dalle parole al dialogo. Aspetti psicologici della comunicazione interpersonale*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

tendenza a colpevolizzare e il superamento di alcuni irrigidimenti difensivi.

2.4.CONTATTO CONTINUO CON LA PROPRIA INTERIORITÀ

Unicamente da un continuo contatto con l'interiorità scaturisce la capacità di scoprire il significato di quello che stiamo compiendo oltre l'essere onesti con se stessi e con gli altri.

Ciò permetterà di chiedere scusa in particolari momenti: "Oggi non so ascoltarti perché dentro non sono sereno" per evitare che la comunicazione divenga qualunque o autoritaria.

2.5.SELEZIONARE LE RICHIESTE

Il sofferente si rivolge a chi ha di fronte con due modalità: esprimendo il desiderio di "essere preso a cuore" e qui esterna i dubbi, l'angoscia, i timori, oppure dichiarando "il bisogno di capire" che si traduce solitamente nell'interrogativo: "Perché a me? Che male ho fatto?".

Di fronte a queste espressioni: "desidero essere preso a cuore" e "voglio comprendere il senso di tutto questo", dobbiamo comprendere a quale possiamo rispondere scegliendo quella che rappresenta la nostra esperienza o sulla quale stiamo conducendo una ricerca personale e spirituale.

Una risposta al primo interrogativo è spesso espressa dal silenzio partecipativo che manifesta la propria disponibilità: "Sono a tua disposizione".

Mentre per le domande sul "significato" ognuno deve verificare fino a che punto può fornire una risposta veritiera. Riteniamo che questa debba coincidere con la propria fede premettendo sempre gli obblighi doverosi di rispetto, di cautela e di tolleranza.

2.6.STABILIRE UNA DISTANZA OTTIMALE

E' utile individuare le tipologie di sofferenti che possiamo accompagnare senza un coinvolgimento emotivo e psicologico troppo profondo.

Oggi, nell'ambito socio sanitario, si pone particolare attenzione al "burnout", lo stress che colpisce frequentemente chi esercita professioni di aiuto alla persona che richiedono rapporti interpersonali d'intensa emozione. Da questa sindrome, come abbiamo già affermato, non sono indenni neppure gli operatori pastorali.

Esiste, inoltre, una "distanza ideologica" ottimale da conoscere e da rispettare; questo significa comprendere se il sofferente ha avuto e può avere ancora dei modelli di riferimento che lo sostengano.

A volte, nel tempo della malattia e anche nell'approssimarsi della morte, si propongono i propri valori e i propri ideali anche se il malato non è in grado di assimilarli; serve invece risvegliare quelli che lui ha ritenuto importanti ed ha vissuto.

2.7.UTILIZZARE IL TEMPO NECESSARIO

Il tempo, parte fondamentale della nostra vita, è l'elemento più prezioso che possiamo donare all'altro, andando contro corrente in una società dove si è soliti affermare: "Non ho tempo".

E quando questo sarà, per necessità breve, è opportuno sublimarlo con l'

intensità della presenza.

3. Le risposte

C. R. Rogers (1902-1987), psicologo statunitense, fondatore della terapia definita “non direttiva” e noto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica della psicologia, evidenzia nella dinamica della relazione e della comunicazione sei tipi di risposte; cinque disturbano il processo di aiuto, mentre una, quella “comprensiva”, permette una valida relazione.

Risposte disturbanti: valutativa, interpretativa, rassicurante, investigativa e di soluzione immediata.

3.1. VALUTATIVA

Quando siamo destinatari di una domanda, la risposta più comune è quella valutativa che offre consigli sull'interrogativo formulato o che giudica l'altro per quello che ha comunicato.

La valutazione che si fornisce può ingiustamente colpevolizzare anche quando non esistono responsabilità o colpe, oppure enfatizzale se il giudizio è positivo. Ma spesso rischia, fissando lo sguardo sulla situazione attuale, di bloccare o rallentare ulteriori evoluzioni.

Per una maggiore concretizzazione prendiamo come esempio la situazione di un operatore pastorale che sta visitando un reparto di chirurgia e la paziente gli dice: “Domani devo subire un intervento e ho paura dell'anestesia”. E l'operatore pastorale risponde, ovviamente, in modo errato: “E' una preoccupazione abbastanza normale”.

3.2. INTERPRETATIVA

In questa risposta, l'attenzione si sposta dal fatto contingente ai motivi che sollecitano l'agire in un determinato modo, oscurando la tensione e il reale bisogno dell'altro, soprattutto riguardo al significato.

Interpretare, inoltre, significa ignorare ciò che l'interlocutore dice o compie inconsapevolmente.

A volte ci si sostituisce allo stesso, tralasciando dati, informazioni e fatti, librandosi in astrazioni e deduzioni derivanti dai propri sentimenti e dalle proprie reazioni personali. Sempre il nostro operatore pastorale dà una sua interpretazione alla paura della paziente: “Penso che lei sia portata ad essere un po' ansiosa; non è vero?”.

3.3. RASSICURANTE

La risposta rassicurante può essere utile in alcune situazioni poichè conforta il bisognoso d'aiuto che si sente compreso e incoraggiato.

Ma questo è un sollievo momentaneo soprattutto di fronte alle tematiche esistenziali, poichè l'aiutato si ritroverà quanto prima con i suoi dubbi e problemi. La rassicurazione è il tentativo anche del nostro operatore pastorale: “E'

una preoccupazione abbastanza normale prima di un intervento. Ma si sveglierà e sarà presto in piedi”.

3.4.INVESTIGATIVA

Questa risposta tende a conoscere maggiormente una determinata situazione.

Solitamente lo stile investigativo è negativo poichè dettato dalla curiosità o dalla fretta. Può essere positivo unicamente se stimola il bisognoso a spiegare meglio il proprio pensiero, aiutandolo a riconoscersi ancora in grado di essere parzialmente autonomo, superando la tentazione di abbandonarsi completamente agli altri. Ma questo non sembra l'obiettivo del nostro operatore pastorale: “Paura dell'anestesia? C'è qualcosa che la inquieta particolarmente nella sua vita?”.

3.5.SOLUZIONE IMMEDIATA

È quella che suggerisce con decisione al sofferente cosa deve fare: un altro sceglie per lui!

Anche questo tipo di risposta è negativa perché deresponsabilizza, non aiuta la crescita, denota più disinteresse che attenzione oltre che il desiderio di risolvere velocemente la problematica. Sembra il movente del nostro operatore pastorale: “La tranquillizzerebbe sistemare alcuni elementi del suo rapporto con Dio e con gli altri?”.

3.6.COMPENSIVA (O DI COMPrensIONE)

Le risposte che denominiamo di comprensione nascono dall'accettazione dell'altro nella sua diversità e nel suo limite. Unicamente così possiamo comprendere pienamente la sofferenza o la problematica dell'interlocutore.

Ricorda H. Nouwen: “Quando noi ci chiediamo quali sono le persone che nella nostra vita sono state le più significative, spesso troviamo che sono coloro che, invece di darci suggerimenti, soluzioni o rimedi, hanno preferito partecipare alla nostra pena e toccare le nostre ferite con mano tenera e gentile. L'amico che sa stare in silenzio con noi in un momento di disperazione o di confusione, che sa stare con noi in un'ora di lutto, di cordoglio, che accetta di non sapere, di non riuscire a curarci o a guarirci, e affronta con noi la realtà della nostra impotenza: questo è un amico che si prende cura di noi. La nostra tendenza è di scappare dalle situazioni penose o di tentare di cambiarle il più presto possibile. Ma curare, senza prenderci cura, fa di noi dei freddi funzionari o dei robot, e ci impedisce una vera comunione. Curare, senza prendersi cura, ci porta a perseguire i facili cambiamenti, ad essere impazienti ed incapaci di portare l'uno i pesi dell'altro. E così, curare può sfociare facilmente in una mancanza di rispetto, invece che in una esperienza di liberazione”².

² H.J.M. NOUWEN, *Ministero creativo*, Queriniana, Brescia 1981, pg. 81.

4. La relazione d'aiuto

In questa parte tratteremo una metodologia particolare di comunicazione, denominata "relazione d'aiuto", con suggerimenti concreti per utilizzarla al meglio al letto del malato.

4.1. LE PROPRIETÀ SPECIFICHE DI UNA RELAZIONE

La persona quotidianamente vive di relazioni che si possono trasformare in processi di crescita o di regressione.

Le relazioni possiamo *subirle* o *imporle* in dipendenza del nostro o dell'altrui "io" egoista, mosso primariamente da sentimenti di gelosia, di possesso, di seduzione o di prevaricazione.

In altri casi possono essere vissute come un *dovere*, oppure assumere le caratteristiche *di tipo istituzionale* e sono quelle che pongono come fondamento una norma, un rapporto gerarchico o l'esercizio di un ruolo.

Infine, abbiamo quelle *fondate sul dono e sulla solidarietà*.

Alla base di queste ultime troviamo la concezione della persona ritenuta il centro dell'universo e, di conseguenza, il concetto di sacralità di ogni situazione e fase della vita e si esprimono nel rispetto e nella compassione verso l'altro.

"*Rispetto*" dell'altro e delle sue diversità per superare il rischio diffuso di concepire e di vivere la relazione unicamente tra persone "omologabili".

"*Compassione*", non intesa come pietismo causato dal dolore che colpisce un parente o un conoscente, oppure sperimentato di fronte alle tragedie che quotidianamente sono presenti nel mondo, ma come l'arte morale che invita a prendersi cura, prendersi a cuore, soffrire con l'altro³.

4.2. DEFINIZIONE DI "RELAZIONE D'AIUTO"

La relazione d'aiuto è una modalità di relazionarsi agli altri!

Il nostro punto di riferimento sarà l'approccio proposto da C. Rogers, ideatore di questo metodo relazionale che privilegia l'approccio alla persona non di tipo direttivo ma centrato sull'uomo.

Definiamo relazione d'aiuto quel "tipo particolare di relazione tra un aiutante preparato e una persona in cerca di aiuto, che si prefigge, attraverso la pratica di attitudini e l'uso di tecniche appropriate, di favorire la crescita dell'individuo a livello personale, interpersonale e spirituale"⁴.

La caratteristica fondamentale è quella di "una relazione, non direttiva, ma centrata sulla persona aiutata più che sui suoi problemi o difficoltà, dove l'aiutante unisce i propri sforzi a quelli dell'aiutato, ma è quest'ultimo il responsabile primo del proprio cambiamento"⁵.

Questa metodologia evidenzia l'importanza della preparazione dell'aiutante per favorire "il progressivo passaggio dal buon senso comune e

³ Per approfondire: E. PELLEGRINO – D. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, EDB, Bologna 1994, pp. 73 ss.

⁴ A. BRUSCO – S. MARINELLI, *Iniziazione al dialogo e alla relazione di aiuto, 1 livello*, Il Segno dei Gabrielli Editori, S. Pietro in Cariano (Vr) 1997, pg. 19.

⁵ A. MORO, *La relazione d'aiuto*, in G.M. COMOLLI – I. MONTICELLI (a cura di), *Manuale di Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1999, pg. 224.

da un certo volontarismo sentimentale ad una tecnica educativo-relazionale e di riabilitazione psicologico-umana, attraverso la quale la persona che desidera aiuto impara a prendersi autonomamente in carico”⁶. Infatti, “la sensibilità delle persone che chiedono aiuto fa spesso temere il rapporto, anche perché certe relazioni d'aiuto sono sorrette da atteggiamenti solo apparentemente non direttivi. Si verificano pertanto abusi ed errori che derivano dal non tenere presente il dinamismo psicologico, la dignità e la libertà della persona che si ha di fronte; abusi ed errori che derivano dalla poca valorizzazione delle risorse del tu, perché non si ha fiducia che lui ce la possa fare da solo. Da questa ‘non-fiducia’ e poca stima possono derivare chiusure e blocchi nell'espressione e nella comunicazione di sé”⁷.

Questa metodologia è caratterizzata da tre atteggiamenti personali, ritenuti da Rogers indispensabili.

- *La spontaneità o genuinità dell'aiutante*. “Tutti noi conosciamo individui di cui ci fidiamo perché sentiamo che essi sono realmente come appaiono, aperti e trasparenti; in questo caso sentiamo di avere a che fare con la persona stessa, non con una facciata cortese o professionale. Questa è la genuinità”⁸

Genuinità o spontaneità intese, ovviamente, in senso costruttivo, come impegno ad essere sempre se stessi, senza rifugiarsi e identificarsi nel ruolo, senza porre barriere difensive o mistificare la situazione.

- *L'accettazione incondizionata e la considerazione positiva dell'altro* e, di conseguenza, l'impegno a non formulare giudizi morali almeno fino a quando non si è compreso pienamente il problema. Rogers ricordava che l'aiutante “deve comunicare al suo cliente il profondo e sincero interesse per lui come persona con potenzialità umane; un interesse non contaminato da un giudizio sulle idee, sui sentimenti o sul comportamento del paziente”⁹.

Unicamente in un confronto nel quale la persona si sente accettata per quella che è, potrà svolgersi una reale e pacata auto-esplorazione dove, senza timore, saranno evidenziati e riconosciuti sbagli e fallimenti passati, azioni controproducenti e limiti presenti.

- *La comprensione empatica* definibile come la “capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede costui”¹⁰.

4.3.LA COMPRESIONE EMPATICA

Un proverbio indiano la riassume così: “O grande spirito, non permettere che io giudichi il camminare dell'altro fin quando non abbia fatto molte leghe con le sue scarpe”. Infatti attuare il metodo dell'empatia significa “comprendere i problemi dell'altro, cogliere i suoi sentimenti, mettersi al suo posto, avere fiducia nella sua capacità di andare avanti, rispettare la sua libertà e la sua intimità, non giudicarlo, accettarlo così com'è e come vuole diventare, vedere lui e non i nostri problemi”¹¹.

⁶ *La relazione d'aiuto*, op. cit., pg. 225.

⁷ *La relazione d'aiuto*, op. cit., pg. 226.

⁸ C. ROGERS, *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970, pg. 95.

⁹ *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 96.

¹⁰ C. ROGERS – M.G. KINGET, *Psicoterapia e relazioni umane*, Boringhieri, Roma 1982, pg. 92.

¹¹ M. MELENDO, *Passione per la vita*, CVX, Roma 1990, pg. 29.

Rogers affermava: “Sentire il mondo più intimo dei valori personali del cliente come se fosse proprio, senza però mai perdere la qualità del 'come se', è empatia. Sentire la sua confusione, o la sua timidezza, o la sua ira, o il suo sentimento di essere trattato ingiustamente come se fossero propri, senza tuttavia che la propria paura, o il proprio sospetto si confondano con i suoi, questa è la condizione che sto cercando di descrivere e che ritengo essenziali per instaurare un rapporto produttivo”¹².

L'empatia è, dunque, la capacità di mettersi nell'ottica dell'altro o meglio nei “panni” dell'altro; “nei suoi significati più intimi e personali come se fossero i propri, senza d'altronde dimenticare che nostri non sono”¹³, cioè senza giungere al coinvolgimento totale che in psicologia si chiama “simpatia”.

La tecnica da utilizzare è la “risposta-riflesso” che significa:

- rispecchiare i sentimenti e riformulare i contenuti espressi dall'interlocutore,
- ribadire con parole proprie il messaggio comunicato per accertarsi di averlo compreso totalmente,
- riassumere il tema, sottolineando punti di particolare interesse,
- chiarificare eventuali dubbi,
- evidenziare aspetti critici con la finalità di far emergere quello che potrebbe essere nascosto.

Ciò permetterà di comprendere sia la realtà dei fatti che i sentimenti e le emozioni che l'altro sta vivendo e che sono alla base della sua parola e del suo comportamento.

Solo dopo aver inteso il problema e i sentimenti dell' interlocutore possiamo sia aiutarlo a cogliere i motivi di fondo della situazione che sta vivendo, anche le proprie responsabilità, e stabilire degli obiettivi e dei percorsi, possibilmente da verificare insieme.

Ma anche quando non si potrà agire, il sofferente si sentirà profondamente aiutato, avendo sperimentato atteggiamenti di condivisione.

Nell'utilizzare questa metodologia è indispensabile una immensa capacità di accoglienza, la competenza, il rispetto, la delicatezza e l'eticità. Infatti, la relazione d'aiuto, deve essere supportata dal *proprium* di ogni relazione che, come abbiamo già ricordato, è sempre la ricerca e la difesa del bene e della dignità dell'altro sapendo ascoltare molto e superando la tentazione, sempre presente, della direttività (suggerire soluzioni partendo dal proprio punto di vista, interrompere il racconto, esprimere pareri che possono condizionare...).

5. Alcuni dialoghi esplicativi

Sono ora proposti alcuni dialoghi tra il volontario Pietro e un bisognoso d'aiuto (Andreina) in cui si esemplificherà il metodo evidenziato.

E' importante non solo leggerli ma confrontarli con il nostro atteggiamento usuale, trascrivendo anche qualche nostro dialogo seguendo lo schema riportato al termine di questo capitolo. Potremo verificare la nostra capacità di

¹² *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 92.

¹³ *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 97.

impostare una valida relazione d'aiuto.

5.1.LA VISITA AD ANDREINA¹⁴

Ci troviamo in una RSA. Andreina, da due anni, è ricoverata in questa struttura. Ha 87 anni, non cammina più. Il mattino viene mobilizzata in carrozzina per due ore e condotta nel soggiorno con gli altri ospiti, dove ognuno vive in un suo mondo. Per lei è una sofferenza in più.

P1. *Signora Andreina, buongiorno.*

A1. Oh grazie. Mi fanno sempre piacere le sue visite.

(Andreina sorride)

P2. *Come sta?*

A2. Come sempre, con i miei pensieri. (Andreina fa una pausa).

Sa, io a volte bisticcio con Dio: gli chiedo tanti perché. In queste condizioni, non ho niente da fare tutto il giorno e penso; continuo a pensare e rivedo gli avvenimenti della mia vita.

P3. *Come in un film?*

A3. Sì, come in un film. Nella mia vita ho avuto molti dispiaceri e chiedo a Dio perché mi ha fatto tanto soffrire. Sono rimasta sola quando avevo 17 anni. I miei genitori sono morti, lasciandomi con un fratello di 13 anni e una sorella di 15, ai quali ho fatto da mamma e da papà. Sa, tante difficoltà: ho dovuto lottare...

P4. *Ha avuto tante responsabilità fin da giovane...*

A4. Sì avevo una grinta!

(Andreina si rattrista).

E adesso che sono vecchia e avrei bisogno di aiuto e di compagnia, loro sono morti; mio fratello da più di 20 anni, e mia sorella l'anno scorso. Avrei dovuto andare da lei a Cagliari e invece... Avrei dovuto morire io, e non lei! Io non servo a niente. Anche mio marito è morto da più di 30 anni. Era un uomo robusto, pieno di salute, buono, intelligente e me l'ha portato via.

P5. *Si è sentita colpita nelle cose più care, e questo l'addolora ancor di più...*

A5. Certo! È per questo che litigo con Dio. Sento come se mi avesse inflitto un castigo che non merito e gli chiedo il perché.

P6. *Sono dei perché molto grossi. Si sente punita ingiustamente e vorrebbe delle risposte.*

A6. Sì, ma non vengono.

(Andreina fa una pausa)

P7. *E un Dio che tace... forse sono dei perché ai quali anche umanamente è difficile dare una risposta. Anch'io mi sono trovato in situazioni, anche se meno grosse, dove non ho trovato una spiegazione razionale; ma quando sarà e saremo di fronte a Lui, glielo chiederemo!*

(Piero sorride).

A7. (Con un lampo agli occhi)

Io sono capace, sì, di dirgli: "Perché mi hai dato le cose più belle e poi me le hai

¹⁴ Materiale didattico Università del Volontariato di Milano, AA. 1996-97.

tolte?”.

In particolare mio marito che era molto credente, vedeva il sole o il tramonto e diceva: “Dio, come sei grande!”. Aveva un animo sensibile, era anche poeta e scriveva libri per ragazzi e poesie; ne ha scritte molte dedicate a me. Aiutava tutti, ha fatto tanto bene: non meritava di morire così giovane.

P8. *Sente come se glielo avessero rapito...*

A8. Sì: con tutte le persone cattive che ci sono in giro, lui non se lo meritava. Per questo gli chiedo perché. Ha sofferto molto: è morto di setticemia. Aveva un calcolo nella vescica e il professor NN, che era uno dei migliori, ha pensato di entrare nel membro per frantumarlo, invece di tagliare ed estrarlo. Penso che abbia fatto infezione. Perdeva tanto sangue; l'hanno massacrato. Però lui ha avuto il coraggio di dire ai cinque medici dell'équipe: “Mi avete assassinato”.

(Lo sguardo di Andreina si è fatto cupo e l'espressione del viso addolorato. Ho preso la sua mano tra le mie e lei ha posto l'altra sopra. Siamo rimasti così qualche tempo in silenzio).

P9. *Ha tanta rabbia dentro e soffre ancora, come se fosse successo da poco.*

A9. Non posso dimenticare. Come potrei?

P10. *Vi volevate un gran bene, penso; e quando è così il vuoto è ancora più grande anche se non so come spiegarlo credo che, oltre al ricordo della presenza cara, rimanga una presenza tutta particolare.*

A10. E vero sa, quando ancora ero a casa, lo sentivo dietro di me e mi voltavo, e mi sembrava quasi di udire la sua voce e anche qui, a volte, mi par di vederlo ai piedi del letto.

(Andreina tiene tra le mani un libro di poesie e lo porge a Piero).

Le ha scritte per me; ogni giorno ne leggo una.

P11. (Piero ne legge una pagina).

E molto bella! Così è come se lui parlasse ancora: le farà un gran bene, questo...

A11. (Andreina annuisce). Per me era tutto. (Andreina sospira).

Prima della guerra lui era capo-ufficio alla Rinascente ed io ero impiegata; ci salutavamo appena. Poi lui è stato trasferito e ci siamo persi di vista. Nel frattempo io ero diventata una delle prime donne dirigenti; l'ufficio del personale era nelle mie mani: assumevo, licenziavo, facevo i pagamenti, banche, tasse...

(Gli occhi di Andreina brillano).

P12. *Era una donna importante...*

A12. Ho aiutato tante persone, anche le autorità mi tenevano in considerazione.

P13. *Ha avuto tante soddisfazioni...*

A13. Tante... Vivevo per il lavoro e non pensavo di sposarmi quando, un bel giorno, nel '48, me lo vedo spuntare davanti, era diventato ispettore amministrativo, e gli dico: “Cosa fa lei qua?”. Mi risponde: “In tutti questi anni non l'ho dimenticata. Ci vogliamo sposare? Solo a lei sento di chiederlo!”. Così, dopo tre mesi, ci siamo sposati.

P14. (Piero sorride).

E stato un amore fulminante!

A14. (Sorride anche Andreina).

Ha voluto che lasciassi il lavoro, mi voleva sempre con sé, viaggiavamo sempre e quando eravamo a Milano voleva che uscissimo tutte le sere. Andavamo

spesso al Circolo della Stampa. Lì c'era un gran mondo; io mi sentivo un po' a disagio: baciamani, eleganza... Voleva che mi vestissi molto bene; c'erano tante personalità...

P15. *Ha avuto tante cose belle dalla vita.*

A15. Sì, ci siamo divertiti molto, soprattutto i viaggi; ma è durato poco più di dieci anni.

(Andreina si rattrista).

All'improvviso Dio me l'ha portato via. Penso che Dio mi voglia sempre sola. Mi dà le cose belle e poi me le toglie.

P16. *Le fa male pensare che Dio non le vuole bene. Ma chissà se è veramente nella sua volontà il farla soffrire...*

A16. Sono immobilizzata, devo dipendere da tutti e non sempre sono gentili; non faccio niente tutto il giorno, non mi resta che pensare.

P17. *E certamente penoso sentirsi inutili e aver bisogno di tutti, specialmente quando si ha avuto una vita intensa come la sua.*

(Piero fa una pausa).

A17. (Andreina annuisce).

Adesso smetto di arrabbiarmi e dico: "Fai Tu!".

(ENTRA L'INFERMIERA PER CONDURLA NELLA SALA DA PRANZO)

P18. *Signora Andreina, la saluto e le auguro buon appetito.*

A18. (Andreina dà un bacio sulla mano).

Grazie.

(Pietro è sulla porta, si volta e lo saluta con la mano).

SCHEMA PER UN VERBALE

-Data dell'incontro.

-Età del sofferente.

-Sesso.

-Professione.

-Religione.

-Motivo del ricovero o dell'invalidità.

-Elementi conosciuti prima del dialogo.

-Elementi assunti osservando l' ambiente e la persona.

-Cosa mi prefiggo di raggiungere con questo incontro.

-Preoccupazione o problema del sofferente.

-Bisogni e valori del sofferente.

-Riflessione psicologica sul vissuto del sofferente.

-Riflessione sociologica sul vissuto del sofferente.

-Come ho vissuto l'incontro.

-Cosa intendo fare la prossima volta.

5.2.ANDREINA... UN ANNO DOPO

(Pietro dà un colpetto con le nocche alla porta nella camera dove Andreina è distesa nel letto).

P1. *Andreina, ciao!*

A1. (Mentre Piero si avvicina, lei sorride felice per la visita).

Ciao, auguri di buon anno!

P2. *Grazie, anche a te buon anno!* (Andreina e Pietro si danno un bacio). *Come stai?*

A2. Fisicamente bene, non mi posso lamentare. (Andreina si fa triste, corruccia la fronte e chiude gli occhi)

P3. *E di morale che sei un po' giù?*

A3. (Andreina annuisce e, dopo un po', continua).

Vedi, in questi giorni di festa sento ancora più pesante la mia condizione. Mi guardo e mi vedo in questo stato. Chi l'avrebbe pensato? Mi chiamavano il generale.

E poi penso a mia sorella: chissà forse è morta. Non ne so più nulla... Chiedo, ma mi rispondono evasivamente; forse non me lo vogliono dire.

(Andreina chiude gli occhi, rovescia il capo sul cuscino e il suo viso esprime preoccupazione e dolore).

P4. *Questa incertezza ti mette ansia. Ti vedo soffrire... e mi dispiace.*

A4. L'ultima volta che è venuta a trovarmi, in ottobre dell'altro anno, non stava bene; è molto malata di cuore, e penso si sia affaticata per il viaggio. (Abitava a Cagliari).

Dopo ho saputo che era all'ospedale e poi più nulla. Mi aveva promesso che sarebbe tornata in aprile, ma è passato tanto tempo da allora; penso che sia morta e non me lo vogliono dire.

(Richiude gli occhi).

P5. (Mesi fa aveva lucidamente detto a Pietro che sua sorella era morta; mentre da un po' di tempo ne parla come dubbio. In un'altra occasione Pietro tentò di ricondurla a quanto affermato, ma lei continuò a parlare come se non avesse sentito e si ebbe l'impressione che volesse rimuovere il fatto. Piero non si è sentito di riprendere il discorso e riportarla alla realtà).

A5. Sì, perché allora sarei veramente sola; l'ho cresciuta come una figlia, ci volevamo tanto bene, non avrei più nessuno. Sì ho i nipoti di mio marito, ma in questi giorni non sono venuti. Li aspettavo, non posso pretendere: lavorano, hanno la loro famiglia, è giusto che stiano con i loro bambini.

P6. *Ti senti molto sola...*

A6. Sì, molto.

(Andreina richiude gli occhi come se sentisse una fitta).

Se fossi sicura che è morta, almeno pregherei per lei!

P7. *Se vuoi, penso che puoi pregare ugualmente, sapendo che è malata: la preghiera ci unisce.*

A7. (Andreina guarda Pietro un po' sorpresa).

Sai, Dio mi vuole sempre sola: fin dall'età di 17 anni, quando ho perso i miei genitori... poi, come ti ho già detto, mi ha dato una gioia immensa con mio marito; con lui era come se fossi in paradiso. All'improvviso me l'ha tolto.

(Andreina richiude gli occhi sempre con espressione di sofferenza interiore).

Perché? Mi dà le cose belle e poi me le toglie... E come se mi avesse voluto castigare...

P8. *Senti questo come un castigo....*

A8. Sì e chiedo spesso il perché, e litigo con Dio perché non ho fatto nulla di

male per meritarlo... Perché? E non mi risponde...

P9. (Tante volte aveva espresso questa sua angoscia, ma Pietro non ha spiegazioni da dare e da dire. Rimane un po' in silenzio, le accarezza la fronte, le prende la mano).

Andreina! Andreina!

(Pietro fa una pausa).

Sai, l'altra mattina ascoltavo la radio: parlava un sacerdote che commentava il brano di Vangelo che narra l' incontro di Gesù con il cieco-nato e le domande dei discepoli sui perché della sua cecità, sulle cause che l'avrebbero provocata. Gesù ribadisce con forza e convinzione che la malattia o la sofferenza non devono essere viste come punizione o castigo o conseguenza del peccato, ma come occasione perché Dio si manifesti e si faccia vicino a chi soffre. Per Gesù, che era particolarmente sensibile e attento, sono state le occasioni in cui operare i miracoli delle guarigioni...

A9. (Andreina ascoltava interessata. Qualche attimo dopo...).

Le tue visite mi fanno bene, ti ringrazio non dimenticarmi.

P10. Come potrei? Ormai fai parte della mia vita: ti penso spesso e ogni giorno ti ricordo in modo particolare nelle mie preghiere.

A10. Oh, che caro!

(Con la mano Andreina accarezza il viso di Piero)

Con mio marito sono stata molto felice. Era un uomo stupendo sotto ogni aspetto: alto, robusto, non grasso, una bella figura; aveva solo qualità buone. Era sensibile e mi capiva, sapeva leggere i miei pensieri ancora prima che parlassi.

P11. C'era una bella intesa fra voi!

A11. Mi voleva sempre con sé; a volte non avrei voluto andare ma lui affermava che ogni occasione lasciata è persa, e che dovevamo vivere il più possibile l'attimo presente perché non sarebbe più tornato... e aveva ragione.

P12. E stato un amore "super", il vostro!

(Piero sorride).

A12. Vivevamo l'uno per l'altro. Quando tornava dal lavoro mi prendeva in braccio sollevandomi da terra facendomi girare; e io ridevo e gli dicevo: "Qualche giorno cadremo tutti e due a terra".

P13. Ti brillano gli occhi quando parli del vostro amore.

A13. Oggi ho qualche rimpianto. Ti. Raccomando va' d'accordo con tua moglie, goditi i tuoi figli, non lasciare che le sciocchezze turbino anche solo un attimo della tua vita, perché la cosa più bella è volersi bene; cosa c'è di più grande dell'amore tra marito e moglie? Tutto il resto sono cose futili che passano.

(Tutto questo lo diceva con determinazione e una particolare luce negli occhi)

P14. Ti ringrazio per quello che mi dici. E molto bello sentirsi raccontare questa tua esperienza. Mi rendo conto che, a volte, mi lascio prendere da qualche tensione che guasta l'armonia, ma poi sento di essere stato sciocco: non ne valeva la pena.

(Qualche attimo di silenzio molto dolce. E sera inoltrata: si è fatto buio e inoltre c'è nevischio).

Ora ti lascio.

(Piero si china per darle un bacio. Andreina le cinge la testa con la mano e tiene un po' la guancia sulla sua).

A14. Grazie, caro!

P15. *Grazie a te, per questi momenti preziosi.*

A15. Sei in macchina? Non correre, sii prudente; salutami tua moglie e ricordati: vivi l'attimo presente.

(Piero le dà un altro bacio).

P16. *Me lo ricorderò. Ciao, Andreina. Buona notte, a presto.*

SCHEMA PER UN VERBALE

- Che informazioni sono state fornite sull'ambiente e sul paziente?*
- Come è stato l'approccio del volontario al primo incontro?*
- Come ha reagito il paziente a tale approccio?*
- Di che cosa hanno parlato di più e perché nei due incontri?*
- Quanto può essere durato il primo e il secondo incontro?*
- Al termine del secondo incontro che cosa sa il volontario dei: sentimenti, problemi, ansie, atteggiamenti, credenze... del paziente?*
- In che modo si è parlato di Dio?*
- Al termine del secondo incontro dove si trova il paziente dal punto di vista emotivo, psicologico e spirituale?*
- Che beneficio ha avuto la paziente dall'incontro con il volontario?*
- In un terzo incontro con questa paziente il volontario che approccio dovrebbe adottare e che argomenti dovrebbero essere trattati?*
- Che cosa può aver imparato il volontario su se stesso da questi incontri? (sulla sua personalità, sul suo modo di agire, sui suoi bisogni emotivi e di apprendimento...)*
- Altre osservazioni*