

**LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DELL'ATTIVITA' INFERMIERISTICA**  
**R.LESCA Assisi — Convegno “Lo specifico Infermieristico - 1993**

**9.1 - Premessa**

Il dibattito sullo specifico infermieristico, in questi ultimi anni, ha favorito, all'interno ed all'esterno della categoria degli infermieri professionali (I.P.), una maggior presa di coscienza del valore e dell'importanza dell'assistenza psicologica nei confronti degli ammalati.

Nella pratica quotidiana, tuttavia, la maggior parte di questi professionisti ha sempre attuato un supporto psicologico senza averne, a volte, la consapevolezza.

La tradizione assistenziale e la formazione ricevuta su campo, dapprima, e, poi, attraverso le scuole, hanno fatto sì che gli infermieri interiorizzassero, nel tempo, l'importanza di dedicarsi oblativamente all'ammalato.

Ciò ha portato la categoria a mettere in atto, quasi istintivamente, alcune strategie comportamentali di tipo prettamente psicologico: la difesa della soggettività, l'ascolto, la rassicurazione ed il sostegno.

Anche nei momenti in cui, per una serie di variabili sociali, culturali e storiche, l'infermiere, in Italia, era dipendente, in tutto e per tutto, dai medici e quindi “orientato” maggiormente verso l'assistenza dei bisogni corporei, il supporto psicologico veniva comunque messo in atto.

Dialogando, infatti, con alcuni infermieri in pensione ed alcuni anziani che, in gioventù, erano stati ricoverati (per periodi più o meno lunghi) in ospedale, si ricava che questi ultimi ricordano con estrema gratitudine determinate figure che li avevano assistiti e rincuorati nei momenti difficili.

Gli infermieri, a loro volta, hanno sottolineato che (nonostante le sollecitazioni che ricevevano dai superiori di fare in fretta e di non fermarsi a parlare con i pazienti, perchè tutto questo significava “perdere tempo”) durante le pratiche assistenziali era per loro quasi inconcepibile non dialogare con l'ammalato.

Costoro, di fatto, anche di fronte a pressioni con cui si sottolineava il primato del corpo sulla psiche, traducevano, a livello comportamentale, quanto insito nel termine assistenza che, etimologicamente, significa essere accanto, essere presente psicologicamente oltre che fisicamente, interessarsi alla persona in difficoltà e darle aiuto.

Essi, con l'azione e con le parole, cercavano di stimolare l'ammalato discriminando i bisogni e adattando in modo creativo i loro interventi, pur operando in un contesto non favorente e non ancora sufficientemente consapevole della specificità infermieristica.

L'assistenza psicologica (applicata allora in modo empirico), oggi, deve diventare sempre più scientifica perchè la categoria degli infermieri ha fatto, come detto, un cammino culturale ed ha preso consapevolezza che le azioni concrete debbono essere supportate da contenuti teorici e da continua riflessione.

Il discorso, sin qui sviluppato, può far sembrare inutile una ennesima riflessione sull'importanza dell'assistenza globale (corpo e psiche) e personalizzata d'altra parte, essendo l'attuale realtà infermieristica molto complessa (per un insieme di condizioni), è opportuno, per chiarire l'apparente contraddizione, fare ulteriori considerazioni prima di affrontare in modo sistematico e scientifico il tema del supporto psicologico.

Oggi, all'interno della categoria degli infermieri, si possono individuare, in modo schematico, tre gruppi che, a volte, si contrappongono. Esiste il gruppo di coloro che, essendo stati formati secondo la visione dualistica (per la quale il corpo ha il primato sulla psiche), intervengono a livello assistenziale maggiormente sul corpo ed in misura minore (e forse poco adeguata alla realtà attuale) sulla psiche.

Il secondo gruppo, pur consapevole della necessità del discorso scientifico e del fatto che l'uomo è un'essenza mista di corporeità e di spiritualità caratterizzata da bisogni diversificati, è, nel quotidiano, travolto da molteplici attività (non sempre prettamente infermieristiche) e da una organizzazione che non favorisce il lavoro sistematico e la valorizzazione delle risorse individuali e professionali.

Il secondo gruppo, infine, pur fra molte difficoltà, cerca di operare attraverso un insieme di atti pensati, programmati e verificati per rispondere ai bisogni degli assistiti e, si preoccupa di sensibilizzare la categoria sulla necessità di un confronto (interno ed esterno) e di una formazione culturale e professionale continua e permanente.

Le persone di questo ultimo gruppo (che si va sempre più ampliando), sforzandosi di essere promotrici di cambiamento all'interno della sanità, si scontrano spesso con le paure di alcuni colleghi nei confronti di innovazioni troppo radicali, con la non conoscenza dello specifico infermieristico da parte di altre figure (medici, specialisti, utenti...) e con la non consapevolezza, da parte di molti amministrativi, che una corretta gestione e valorizzazione delle risorse umane, dei materiali, degli spazi, delle tecnologie... favoriscono risposte più efficaci, efficienti e gratificanti.

Per poter migliorare la qualità delle cure da erogare nei confronti dei clienti e per attuare un adeguato intervento assistenziale, occorre che le varie componenti del mondo sanitario lavorino a livelli diversificati (ma convergenti) per riflettere sui vari specifici professionali, per fissare criteri di funzionalità e di produttività e per valutare la qualità delle risposte in un'ottica promozionale per le persone.

All'interno di questo processo, anche gli infermieri debbono concettualmente affrontare, in modo sistematico ed approfondito, il problema della qualità dell'assistenza da erogare; debbono, cioè, conoscere ed applicare il processo di nursing in tutte le sue fasi e analizzare come è possibile migliorare il livello delle prestazioni e delle relazioni.

## **9.2 – Un infermiere professionale esperto nella relazione di aiuto**

Ogni persona, in genere, è dotata di molte potenzialità e di risorse per poter affrontare autonomamente ed efficacemente il quotidiano; in particolari situazioni (e per svariati motivi), questa può vivere stati di malessere e necessitare di aiuto per ritrovare l'equilibrio psicofisico.

In campo professionale, sono molte e diversificate le figure (medico, psicologo, assistente sociale...) che "aiutano" l'altro secondo un'ottica specifica; anche l'infermiere, poiché il nursing è un processo di azione, reazione, interazione e transazione avente l'obiettivo di aiutare le persone a mantenere la loro salute e a ricoprire il loro ruolo sociale (Marriner, 1989), è chiamato a ricercare continuamente strategie diversificate per instaurare corretti rapporti assistenziali con l'utenza.

I teorici del nursing, negli anni 50, in particolare, hanno sottolineato l'importanza della relazione infermieristica; si pensi, ad esempio, ad Hildegard E. Peplau (ibidem, 1989) che, rifacendosi alle teorie di Maslow, Sullivan, Miller e Symonds, parlò di nursing psicodinamico, inteso come capacità di leggere nei propri comportamenti per essere maggiormente in grado di aiutare gli altri ad identificare i loro problemi e di applicare i principi delle relazioni umane per affrontare le difficoltà che nascono a tutti i livelli dell'esperienza.

La stessa autrice descrisse quattro fasi attraverso cui si sviluppa la relazione infermiere-paziente (orientamento, identificazione, utilizzazione, risoluzione) e delineò i conseguenti ruoli infermieristici (ruolo: dell'estraneo, della persona come risorsa, educativo, di leadership, di sostituto, di consigliere); l'infermiere, attraverso l'applicazione di tecniche e l'integrazione dei vari ruoli, può attuare un processo terapeutico ed interpersonale

significativo.

Joyce Travelbee parlò, fra l'altro, di relazioni tra uomo e uomo come mezzo ottimale per raggiungere gli scopi del nursing che è un "processo interpersonale per mezzo del quale l'infermiere professionale assiste l'individuo, la famiglia o la comunità per prevenire la malattia e la sofferenza" (ibidem, 1989, p. 196).

L'interazione tra infermiere e paziente avviene attraverso un incontro iniziale in cui le prime impressioni rischiano di determinare una visione stereotipata dei ruoli; successivamente, attraverso un'azione di controllo e di volontà, inizia la fase in cui si percepisce l'altro come essere unico (identità emergenti) che sfocia, attraverso l'empatia e la comprensione, nel rapporto di amicizia; tutto questo è caratterizzato da azioni infermieristiche che alleviano il dolore di una persona ammalata. Un infermiere è in grado di determinare un rapporto di amicizia poiché possiede le conoscenze necessarie e le abilità richieste per assistere persone malate ed è in grado di percepire, rispondere e valutare la singolarità dell'essere umano ammalato" (ibidem, p. 198).

Ida Jean Orlando affermò che gli individui "in reciproca relazione sono coinvolti in un processo che implica l'osservazione del comportamento dell'altro, i conseguenti pensieri e sentimenti circa questa osservazione e in un'azione scelta da ciascun individuo in risposta alla reazione" (ibidem, p. 206).

Ernestine Wiendenbach sottolineò che, nella relazione infermiere e paziente, l'azione del primo deve essere intenzionale e che questi deve saper osservare ed ascoltare per "individuare nel comportamento del paziente il livello di benessere..." (ibidem, p. 218).

Imogene King definì l'interazione come un "processo di percezione e comunicazione da persona e ambiente e tra persona e persona rappresentato da comportamenti verbali e non verbali che sono orientati ad un obiettivo" (ibidem, p. 229).

Helen Erickson, Evelin Tomlin, Mar>' Ann Swain parlarono di modeling o processo grazie al quale l'infermiere cerca di comprendere il mondo dell'assistito accettandolo ed immedesimandosi in lui.

Il nursing per gli autori citati consiste nell'aiutare globalmente le persone a svolgere attività di self-care; esso è un processo "interattivo, interpersonale che alimenta forze che permettono lo sviluppo, la liberazione e l'incanalamento di risorse che mettono in grado una persona di cavarsela nelle situazioni in cui si imbatte..." (ibidem, pp. 253 -254).

Il pur sommario riferimento alle teorie di alcuni studiosi dell'infermieristica aiuta a comprendere, nonostante i diversi modelli concettuali (e le conseguenti diverse modalità di applicazione), come il nursing includa in sé la necessità della relazione che è una *conditio sine qua non* per garantire l'efficacia dell'intervento e per aiutare il paziente a superare la situazione di disagio (Bg. 9.1).

Il termine "aiutare" deriva dal verbo latino "adiuvare" che, letteralmente, significa arrecare giovamento a qualcuno.

L'infermiere arreca realmente giovamento al paziente o al cittadino, quando, nell'ottica dell'educazione alla salute, interviene sulle situazioni limitanti in modo competente, utilizzando strumenti adeguati e avendo la consapevolezza che l'altro deve essere accettato globalmente e che le sue poliedriche dimensioni (intelligenza, volontà, comportamenti, sentimenti...) devono essere valorizzate.

Con senso critico (che significa possibilità di rendersi conto concretamente delle cose, prendendole in esame e cogliendone tanto la positività che la negatività), l'I.P. deve tener presente che l'assistenza non si può esaurire con l'applicazione di tecniche, in quanto necessita anche di aspetti relazionali.

La relazione, a sua volta, si differenzia a seconda delle caratteristiche dei destinatari

(individui o gruppi) e si basa sui principi della individualizzazione, della fiducia, della comunicazione, della collaborazione e dell'autodeterminazione.

Il rispetto del principio di individualizzazione fa sì che ogni persona venga presa in considerazione, valorizzata e compresa anche se caratterizzata dalla diversità e portatrice di esigenze del tutto particolari; si può realmente aiutare il paziente a tendersi sempre più cosciente del suo valore di uomo e sollecitarlo ad agire come tale, solo se ci si sforza di comprendere le sue esigenze fisiche, psicologiche e le sue modalità di apprendere, di agire e di reagire e se si tiene costantemente presente la sua storia personale.

L'infermiere, se riesce a superare il suo egocentrismo, a vivere con responsabilità e a tener presente di non contare solo per se stesso ma anche per quello che rappresenta, sempre più diventerà capace di recepire i bisogni ed i vissuti di chi ha di fronte.

Attraverso la continua formazione, la valorizzazione della creatività, l'intuizione, i sentimenti, l'osservazione, l'ascolto e la riflessione egli si prenderà cura dell'altro (senza sostituirsi totalmente a lui o senza interventi che ne possano forzare i tempi di maturazione o di azione) aiutandolo ad esprimersi, avendo fiducia nelle sue potenzialità e sapendo che, in genere, l'uomo di fronte all'ostacolo è stimolato **a superarsi**.

Il responsabile del nursing, infatti, evitando l'impazienza e la fretta e utilizzando qualitativamente il tempo a sua disposizione, può portare l'utente a collaborare purchè si astenga da giudizi prematuri, da atteggiamenti moralistici, da comportamenti aggressivi e da strumentalizzazioni che bloccano o rendono difficoltoso qualsiasi processo comunicativo.

La relazione di aiuto, instaurata con l'utente, deve (a differenza di quella instaurata, ad esempio, dallo psicologo, che cerca di aiutare le persone a risolvere problemi emotivi profondi) permettere a questi di vivere meglio con se stesso attraverso piani di lavoro concordati.

L'infermiere, si ribadisce, non interpreta i conflitti interiori profondi ma legge e documenta i bisogni della persona che ha di fronte, l'aiuta negli apprendimenti e la incoraggia (politica dell'incoraggiamento) sottolineando i progressi e le conquiste, analizzando gli insuccessi e gli aspetti negativi e ascoltandola; l'ascolto, infatti, è sempre un collegamento tra il proprio mondo interiore e quello altrui.

Colui che sa ascoltare allarga il suo mondo conoscitivo e si apre ad interessi sempre nuovi arricchendosi nella relazione.

L'utente, ascoltato, si sente valorizzato perchè capisce di essere accettato e stimato e si sente spinto ad interagire positivamente ed a ricercare spazi di autonomia.

In ogni relazione di aiuto, si può identificare una situazione di complementarità tra i due protagonisti; nel caso dell'infermiere e del paziente, il primo (colui che presta aiuto) ha il compito ed il dovere di dare al secondo (colui che soffre) tutti gli stimoli, i suggerimenti, gli insegnamenti e l'assistenza di cui necessita per permettergli di ritrovare il suo equilibrio e la sua indipendenza.

L'infermiere, aiutando l'ammalato ad aiutare se stesso e ad adattarsi alle nuove situazioni che la malattia crea, si arricchisce nel vicendevole scambio che, comunque, avviene in un corretto processo comunicativo. La storia, l'esperienza e le parole altrui possono diventare, se si è disponibili ad imparare, stimoli per riflettere, per rivedere le proprie posizioni e per modificarsi.

Nella relazione di aiuto, l'infermiere favorisce la comunicazione dell'altro che ha una funzione catartica o liberatoria perchè l'uomo, potendo parlare di sè, dei suoi problemi, delle sue paure e delle sue angosce, prova benessere.

Ogni uomo ha bisogno di "dire di sè", di avere spazi privilegiati di ascolto e di ricevere conferme; ciò è tanto più vero e necessario nelle difficoltà perchè induce un effetto alleviante.

È fondamentale far parlare l'ammalato liberamente di sé e delle cose che desidera o che sa fare o che vorrebbe fare perché questo tipo di comunicazione offre, a chi l'ascolta, molte informazioni che, sistemate, rendono possibili e realistici i piani di lavoro e permettono (quando necessario) modifiche comportamentali.

Nelle relazioni di aiuto, i processi comunicativi funzionali favoriscono il cambiamento dei protagonisti, il raggiungimento degli obiettivi ed il miglioramento della qualità della vita.

La relazione positiva o rapporto fra il responsabile del nursing e il paziente viene garantita non solo dalla comunicazione efficace ma, anche, dal rispetto dei ruoli e delle competenze, dalla visione unitaria della persona e dalla sincerità, che crea i presupposti per una mutua soddisfazione.

Per favorire lo sviluppo della relazione di aiuto, l'infermiere deve sempre più diventare:

- esperto nell'ascolto,
- abile nella comunicazione,
- promotore di apprendimenti,
- consapevole del ruolo educativo,
- capace di affrontare i propri problemi esistenziali

e, soprattutto, deve convincersi (e convincere) che i comportamenti possono cambiare e le circostanze della vita migliorare.

Nella relazione di aiuto, è opportuno che l'infermiere, pur consapevole del continuo cambiamento fisico e psicologico che avviene in lui e nel malato, caratterizzi e qualifichi la propria esistenza mediante l'autoeducazione, la formazione permanente e l'introspezione; per questo, egli deve impegnarsi e persistere nello sforzo, attuando comportamenti positivi, evitando di aggrapparsi staticamente a determinate decisioni (se si rivelano macroscopicamente sbagliate), non facendosi dominare dalle cose che si credono urgenti, trascurando quelle importanti, dandosi delle priorità ed evitando di occuparsi "di tutto un po'", perdendo di vista la parte debole rappresentata dal malato.

### **9.3 – Un Infermiere esperto nell'ascolto**

L'infermiere, si è detto, per analizzare la realtà del paziente, per valutarne la complessità situazionale, per stendere piani di lavoro e, soprattutto, per instaurare un rapporto, deve essere in grado di porsi in posizione di ascolto. Per conoscere il paziente occorre permettergli di parlare. L'ammalato ha molto da dire perché ha necessità o di sfogarsi o di essere incoraggiato o di mettersi, a volte, in mostra o di aver conferme come persona e sul suo stato di salute o di aggredire.

Le aggressioni da parte del paziente si possono verificare o perché ha paura per la sua integrità o perché è abituato a comportarsi scorrettamente o perché ha reali motivazioni per reagire nei confronti della struttura poco accogliente.

In genere, tuttavia, la persona (anche quella malata) chiede di essere valorizzata in quanto i bisogni di accettazione e di stima sono molto radicati; l'Infermiere, di conseguenza, deve adottare le strategie necessarie perché il paziente possa esprimersi liberamente, non si crogioli nella malattia e possa valorizzare le sue spinte interiori. Per scoprire e per far scoprire le potenzialità occorre diventare esperti nell'ascolto attivo (fig. 92). Chi sa ascoltare riesce ad avere una benefica influenza sull'ambiente che lo circonda.

Quando il personale sanitario non sa ascoltare, al paziente rimangono due alternative: o continuare a ripetere ciò che vuoi far capire oppure tacere chiudendosi alla comunicazione. La persona, che non è in grado di ascoltare, agisce, il più delle volte, sulla base di quello che crede di aver capito e non di quello che è stato detto veramente

(Burley-Allen, 1991, p. 33).

L'ascolto arricchisce e sollecita tanto una revisione interna che un'auto-disciplina e collega, come già detto, il mondo interiore dell'ascoltatore con il mondo interiore di colui che viene ascoltato allargando gli orizzonti conoscitivi.

L'ascolto può tecnicamente essere definito: "La percezione di un fatto sonoro accompagnata da attenzione e partecipazione" (Devoto-Oli); questi ultimi aspetti creano i presupposti affinché l'ascolto non sia un fatto puramente passivo ma attivo. L'ascolto attivo è "indicato laddove (si coltiva) un autentico rapporto interpersonale; vale a dire quando l'altro vuole (e può) comunicare sentimenti, preoccupazioni, affanni o avvenimenti gioiosi" (Birkenphil, 1990, p. 159).

L'ascoltatore deve evitare di "udire" semplicemente cosa l'altro vuole comunicargli ma deve sforzarsi di "intendere" "(dal latino 'intendere' = mirare a) ciò che realmente gli vuole trasmettere.

Per diventare abili ascoltatori occorre non solo recepire dei suoni ma vagliare il contenuto, fare domande, osservare l'espressione e le posture di chi parla, badare ai fatti, alle impressioni ed alle sensazioni e farsi coinvolgere.

Chi ascolta "con interesse e partecipazione innesca un processo di mutua comprensione che incoraggia la sincerità e rassicura l'interlocutore" (Burley— Allen, 1991, p. 112).

L'ascoltatore attivo dimostra chiaramente di "apprezzare gli altri e ciò che dicono; migliora la precisione delle sue risposte sapendo esattamente ciò che gli altri hanno detto; aumenta la possibilità che gli altri lo ascoltino a sua volta con uguale attenzione e fa mostra di un comportamento assai raro, quello appunto dell'ascoltatore interessato e sensibile" (Williams-Long, 1986, p. 46).

Per divenire ascoltatori capaci, è necessario convincersi che in ognuno vi è del positivo e che ogni persona merita attenzione per quella parte di vero, di conoscenze e di esperienze che racchiude in sé.

E un atteggiamento poco costruttivo quello che ci fa credere che l'altro dirà sicuramente "le stesse cose", o peggio, che non dirà assolutamente nulla di interessante.

Il buon ascoltatore è - e si mostra - realmente interessato a ciò che gli altri dicono perchè è consapevole che nel rapporto ci si arricchisce a vicenda; egli favorisce il dialogo perchè chi gli sta parlando possa avvertire che le cose che sta dicendo sono considerate importanti, che gli è consentito uno spazio privilegiato per dire di sé, che è valorizzato e capito e che le sue informazioni verranno utilizzate nel modo migliore.

Uno dei problemi attuali più gravi è la scadente capacità di ascolto di molti perchè "quando qualcuno parla è più facile mettersi a pensare che cosa si può rispondere piuttosto che ascoltare quello che sta dicendo; e così si finisce per distorcere il pensiero dell'interlocutore che non si sente considerato" (Bueley - Allen, 1991, p. 32).

Il fondo primitivo, tipico di ogni uomo, spesso ci spinge ad interrompere l'altro mentre sta ancora parlando e ci porta a dare risposte prima ancora di aver raccolto elementi sufficienti per capire la situazione. Questi comportamenti impediscono una comunicazione funzionale, costringono l'altro a comprendere i suoi sentimenti o ad ingenerare reazioni negative i cui effetti creano situazioni di malessere nei due protagonisti.

Riesce ad "intendere" (e quindi a penetrare nel mondo interiore dell'altro) solo colui che, lavorando su sé stesso, ha rinunciato al desiderio di dominare e di emergere a tutti i costi. Attraverso l'ascolto si può esprimere l'accettazione o la non accettazione della relazione; si accetta l'altro quando pazientemente si accoglie il suo punto di vista, non lo si interrompe, non lo si giudica per quanto dice e quando gli si sorride. Anche le persone più aggressive di fronte ad un comportamento accogliente, lentamente, si tranquillizzano e riescono a contenersi.

### 9.3.1 - La dinamica dell'ascolto e le sue tecniche

La capacità di ascolto è influenzata da tre diverse modalità con cui la persona si accinge ad ascoltare.

Vi è una modalità partecipativa di ascolto in cui con le parole ed i comportamenti si dimostra che ci si sta sforzando di capire; vi è, poi, una modalità superficiale in cui si bada più al contenuto manifesto che non a ciò che l'altro vuoi veramente dire ed, infine, vi è una modalità di pseudo ascolto in cui si è solo preoccupati di ciò che si deve dire e non ci si preoccupa di quanto viene detto (ibidem, p. 124).

L'ascolto partecipativo è arte ed è un'arte in quanto richiede un lavoro sul proprio modo di essere e l'apprendimento di alcune tecniche.

Molto importanti sono, ad esempio, il saper leggere la comunicazione non verbale di chi si ha di fronte e il contenere la propria evitando di far emergere con la mimica e le posture stati d'animo che non corrispondono a quanto si sta magari esprimendo verbalmente.

L'ascoltatore deve guardare attentamente il viso di colui che sta ascoltando osservandone i movimenti dei muscoli, delle sopracciglia, delle palpebre, le modalità con cui respira e si colloca nello spazio; l'ascoltatore, ancora, deve evitare movimenti bruschi, allontanamenti, smorfie perchè basta pochissimo per bloccare il processo comunicativo.

L'ascolto partecipativo è facilitato dall'atteggiamento disponibile e dalla capacità di cogliere, fra l'altro, le variazioni del timbro di voce.

Il paziente, in genere, capisce se l'infermiere ascolta in modo partecipativo dal fatto che quest'ultimo, di fronte agli argomenti che gli vengono esposti, non si limita ad annuire distrattamente ma richiede ulteriori spiegazioni (per controllare se ha capito), parafrasa per dimostrare che intuisce gli stati d'animo e per sottolineare la comprensione dell'esistenza dei problemi.

Ogni persona, quando ascolta, può saltuariamente (per stanchezza, per problemi vari, per eccessivo lavoro) adottare modalità superficiali di attenzione nei confronti dell'altro; se ciò può essere comprensibile, occorre, tuttavia, imparare a controllarsi e ad autoeducarsi all'ascolto perchè, grazie ad esso, è possibile instaurare la relazione di aiuto.

Strategie valide, per imparare ad ascoltare, sono: imporsi, giornalmente, di non interrompere chi sta parlando, osservarlo attentamente dedicandogli attenzione (non facendosi, cioè distrarre da altre cose) e fargli capire con le parole ed i comportamenti che si è disponibili a dedicargli tutto il tempo necessario.

Se si impara a tacere, a non farsi prendere dall'istinto di dire di sè e ad utilizzare positivamente i silenzi, asserendo con la testa e concentrando "l'attenzione sulle idee... sul senso (distinguendo) i fatti dalle opinioni, le idee dagli esempi concreti ed i giudizi dai pregiudizi" (ibidem, p. 134), sicuramente si creano le basi per un ascolto efficace.

L'infermiere, per educarsi all'ascolto, deve saper creare un ambiente adeguato evitando i rumori eccessivi, diminuendo le distanze con il paziente (reclinando, ad esempio, il busto in avanti), gestendo il tempo e cogliendo le sue ripetizioni per individuare ciò che gli sta particolarmente a cuore o che lo interessa. A volte, può essere utile toccare l'ammalato con gesti amichevoli per fargli sentire "la vicinanza psicologica

È necessario ascoltare con tutto se stessi, per cui, quando l'ammalato parla, si devono mettere da parte le altre attività obbligandosi, "se il colloquio è a due, a non intervenire per più del 50% del tempo; se è a tre a riservare un terzo del tempo" (Williams - Long, 1986, p. 46).

Oltre ai momenti accuratamente predisposti per ascoltare, vi sono molte altre opportunità di ascolto durante l'esecuzione delle varie attività assistenziali.

Il buon ascoltatore è anche in grado di memorizzare. Un efficace esercizio, per potenziare

e verificare la propria capacità di ascolto, consiste nel registrare ciò che viene detto (per avere una base di confronto) e, successivamente, trascrivere quanto compreso. Dal confronto fra quanto registrato e quanto scritto, si può ricavare un quadro sul grado di accuratezza con cui si recepiscono e si memorizzano i contenuti.

L'ascolto permette di stabilire e di analizzare i fatti per poi operare in modo funzionale; chi non stabilisce i fatti, molto difficilmente potrà aiutare il paziente ad affrontare i vari problemi.

Abituarsi a trascrivere quanto si ascolta aiuta sia l'infermiere che l'ammalato a prendere decisioni più consapevoli, permette un'analisi dei contenuti più accurata e favorisce la raccolta di dati documentativi.

Un altro esercizio, utile per affinare il processo di ascolto e la propria capacità di concentrazione, consiste nel registrare la propria voce, nel riascoltarla e nel descriverla. È un fatto abbastanza normale che chi parla non riconosca la propria voce registrata e che chi ascolta non individui particolari differenze fra la registrazione ed il timbro naturale. L'esercizio serve non solo a concentrarsi su quanto registrato ma anche a conoscere come l'ammalato può recepire il suono della voce dell'infermiere.

Con un semplice registratore, ci si può educare all'ascolto facendo, ad esempio, registrare da altri frasi di personaggi vari (noti e non); in seguito, si deve riascoltare la registrazione e sforzarsi di ricordare il maggior numero di contenuti e di scoprire dal timbro il sesso di chi parla, l'età, lo stato d'animo (voce arrabbiata, tranquilla, affannata..).

Gli esercizi indicati sono utili per verificare sia la capacità percettiva che la comprensione del significato oggettivo di un contenuto mentre sono poco indicati per capire le modalità soggettive (sentimenti, atteggiamenti) del parlante.

Per intendere fattivamente ciò che prova colui che abbiamo di fronte, occorre interiorizzare che bisogna ascoltare con "tutta l'attenzione, la cura e la sensibilità ogni individuo che esprime se stesso... (perchè) vale sempre la pena di ascoltare e cercare di capire un individuo che parla" (Rogers, 1987, p. 52) per convalidarlo come persona, per concentrarsi sulle sue esperienze e sui suoi sentimenti e per rassicurarlo.

Per far prendere coscienza all'altro che ci si sta sforzando di comprenderlo e di essergli psicologicamente vicino è utile la tecnica dello specchio che, in genere, viene utilizzata nei lavori di gruppo; in questo caso, essa serve per rimandare al paziente (attraverso la mimica, gli sguardi e le parole) i contenuti e gli stati d'animo e per verificare se si è riusciti a penetrare nel suo mondo interiore.

Questa tecnica richiede che l'infermiere (quando il paziente gli racconta cose gioiose o tristi) sappia adeguare l'espressione del suo viso alla situazione in cui dovrebbe essersi immedesimato e sappia dialogare con il corpo assentendo con il capo o rafforzando il tutto con i gesti.

Verbalmente, poi, attraverso eventuali ripetizioni (ovviamente riformulate) e la ripresa di parti del discorso, egli deve fungere da cassa di risonanza per far sì che il paziente possa capire quali sono stati i punti fragili o forti del suo dire, quali sono state le contraddizioni o le risposte che da solo ha già saputo darsi e "intendere" che chi ha di fronte è disposto ad offrirgli supporto e comprensione.

Può capitare, durante l'attività assistenziale, che il personale sanitario incontri persone particolarmente logorroiche; queste tendono a parlare senza sosta dei loro problemi mettendo tutte le varie situazioni sullo stesso piano di importanza ed esigono di essere ascoltate senza mai essere interrotte. In questo caso, è difficile instaurare un dialogo perchè i pazienti verbosi monopolizzano il discorso e rifiutano di recepire quanto viene loro detto.

Nei lavori di gruppo, questi parlatori ad oltranza tentano di impossessarsi continuamente dello "spazio di parola" iniziando lunghi monologhi, non rispettano i tempi previsti e impediscono il regolare svolgimento dell'attività.

Il logorroico necessita di molta fermezza, di regole precise e di essere aiutato a distinguere le cose essenziali da quelle marginali.

## **9.4 - L'infermiere promotore di speranza**

Gli infermieri, a causa della specificità del loro lavoro, devono quotidianamente, affrontare situazioni complesse e coinvolgenti che richiedono equilibrio e competenza tecnica. Scontrandosi, infatti, con la malattia, la sofferenza e la morte questi devono ricaricarsi emotivamente per non farsi schiacciare dagli avvenimenti e, contemporaneamente, devono sostenere le persone in difficoltà.

L'assistenza è un servizio delicato ed impegnativo che richiede un continuo lavoro su di sé per migliorare il proprio modo di essere sia a livello personale che professionale, per qualificare le prestazioni e per conoscere l'utente.

Non è mai cosa semplice rispondere ai bisogni delle persone e, soprattutto, non è facile per il personale sanitario accettare la sconfitta quando, dopo aver dedicato loro tempo, cure ed attenzioni, queste debbono soccombere alla malattia,

Preparare ed accompagnare un paziente ad affrontare la morte e risvegliare, contemporaneamente, speranze, è uno dei compiti psicologici più complessi che l'infermiere deve affrontare sia perchè per ogni uomo è difficile accettare il limite sia perchè, spesso, manca una preparazione specifica in tal senso.

Per sopperire a quanto detto, l'infermiere deve, attraverso una formazione permanente, lavorare a livello cognitivo, emotivo, tecnico e creativo e interrogarsi su cosa significhi dare speranza alla persona che sta per morire e sui vantaggi o svantaggi che questo fatto le può creare. È importante precisare, tuttavia, che non si può dare speranza se non si spera, se non si ha coraggio e se non si sa accettare il dolore e la delusione.

### **9.4.1 - La speranza**

La speranza può essere definita una "attesa fiduciosa, più o meno giustificata, di un evento gradito o favorevole.., un'aspirazione illusoria a un vago avvenire di bene o di felicità" (Devoto, Oli). Questa definizione, di fronte ad un paziente che sta per morire suscita immediatamente alcuni interrogativi;" È possibile parlare della malattia o della morte come eventi graditi o favorevoli? Cosa significa per un paziente avere ispirazione illusorie? Come può un infermiere far intravedere un vago avvenire di bene o di felicità?" (fig. 9.3).

Nella fase iniziale della malattia, il paziente (pur attraverso diverse modalità reattive), in genere, spera di guarire; nel momento, però, in cui egli realizza che deve morire, viene naturale all'TP. chiedersi in che cosa questi debba sperare.

I vari interrogativi, spesso, tormentano ed assillano l'infermiere che può essere tentato di mentire al paziente facendogli intravedere possibili strade illusorie quali, ad esempio, la continua evoluzione delle scoperte scientifiche, l'imprevedibilità di alcuni decorsi di determinate malattie, le situazioni miracolistiche o altro; tutto ciò, essendo illusorio, può impedite al paziente di vivere in modo realistico e da protagonista la sua malattia.

Il responsabile del nursing deve, innanzi tutto, essere consapevole che la persona che spera (vedremo più avanti in che cosa il paziente può sperare) può superarsi pur nelle difficoltà; egli deve, inoltre, operare pazientemente per creare condizioni di vita che ispirino speranza.

La speranza, si riconferma, fa crescere la coscienza che è possibile superarsi e che i problemi, in gran parte, possono essere affrontati; essa implica sempre un impegno e trae il suo dinamismo nella relazione. Il personale sanitario deve essere disponibile ad interagire con il paziente accettando, fra l'altro, che in certi momenti la sofferenza possa turbare la sua mente e farlo diventare reattivo; l'uomo (sbagliando, a volte, la strada), naturalmente, cerca di sfuggire le prove e le angosce della vita; è essenziale, comunque, evitare di affermare che il malato è un caso senza speranza perchè ciò vizierebbe gli interventi assistenziali e gli impedirebbe di essere attivo.

La speranza può risvegliare energie e favorire azioni creative.

“L'uomo può sopportare le più terribili sofferenze quando scopre un profondo significato in esse” (Hating, 1971, p. 223); in caso contrario, la consapevolezza ‘della propria breve vita e del fatto che è nato senza volerlo e che contro la propria volontà morirà gli (renderebbe) insopportabile l'esistenza” (Ftomm, 1975, p. 22).

L'uomo, grazie alla speranza, trova il giusto equilibrio conciliando la continuità della poca vita che gli rimane ed il coraggio di correre dei rischi; la speranza genera pazienza ed aiuta a sconfiggere l'individualismo. Chi non spera cade nella disperazione in quanto vi è una stretta interdipendenza fra queste due realtà; la speranza, però, è una forza dinamica creativa mentre la disperazione è distruttiva.

#### 9.4.2 - L'infermiere risvegliatore di speranza

L'infermiere può aiutare il paziente a non disperarsi rassicurandolo, non mentendogli e facendogli intravedere con le parole e i gesti che pur nella sofferenza è possibile agire per lasciare un segno di sé; per attuare ciò, è essenziale convincere l'ammalato a ripercorrere le tappe significative della sua vita per riscoprire che quanto ha compiuto e costruito è stato importante ed utile e che ciò che farà (attivandosi) potrà ancora servire.

L'uomo ha necessità di sperare perchè è tipico della natura umana proteggere la propria esistenza; l'infermiere, supportato da questa convinzione, deve interrogarsi su come fare per aiutare il paziente a sperare e su quali aspetti può far leva per impedirgli di cadere nella disperazione.

Le risposte ai due quesiti potrebbero essere molte; volendo sintetizzare, si può affermare che per un uomo, gravemente ammalato, è importante sperare che:

- sarà lucido sino alla fine e che con le sue ultime parole potrà lasciare un testamento per far ricordare che è vissuto;
- non sarà totalmente dipendente da altri e che potrà, comunque, ritrovare in sé un minimo di energia per impegnarsi;
- può non lasciarsi intrappolare dalla disperazione e trovare la forza per non soccombere passivamente;
- una mano si appoggerà sulla sua guancia per dimostrargli che non si ha paura o schifo di lui e che può contare su una presenza significativa;

- potrà morire avendo i suoi cari accanto;
- si dica di lui che, giorno per giorno, ha costruito dignitosamente la sua vita;
- (se credente) la misericordia di Dio lo salverà;
- le informazioni, che può dare sul suo stato fisio-psichico potranno favorire la ricerca;
- i suoi cari, potranno pur nella sofferenza, riprendere la vita di sempre;
- i calmanti lo aiuteranno a reggere il dolore senza intorpidirlo.

L'elenco potrebbe continuare ma, in sintesi, si sottolinea che il paziente spera sempre di trovare accanto a sé qualcuno che lo accompagni verso la morte, perchè la solitudine provoca ansia; egli ha necessità di fusione psicologica con chi l'assiste anche se, in alcuni momenti, desidera intimità e silenzio.

La persona morente ha bisogno di ricordare quanto ha fatto nella sua vita ed ha necessità di conferme; desidera, cioè, che qualcuno si prenda cura di lei, assistendola, toccando e

pulendo il suo corpo (anche se si sente che “la linfa vitale “sta scorrendo via) e che faccia da mediatore con i suoi familiari per sistemare gli ultimi affari.

Il paziente, in genere, non vuole parlare solo della sua malattia in quanto può desiderare di ascoltare una musica o di parlare del giorno che sta trascorrendo e dei colori della natura; egli, ancora, può aver necessità di gustare l’incanto di un raggio di sole o di una giornata di pioggia e di sperare che si può morire vivendo.

L’infermiere, per assistere psicologicamente deve assumersi la responsabilità di essere presente sino al momento della morte.

“Oggi, per responsabilità si intende il dovere, qualche cosa che è imposto dal di fuori. Ma (la) responsabilità nel vero senso della parola, è un atto strettamente volontario.., è la risposta al bisogno, espresso o inespresso di un altro essere umano... (essere responsabili) significa essere pronti e capaci di rispondere” (Fromm, 1975, pp. 42-43) con premura e rispetto.

“Il rispetto denota nel vero senso della parola (respicere = guardare) la capacità di vedere una persona come è, di conoscerne la vera individualità” (ibidem). Non è possibile, per quanto affermato, rispettare una persona senza conoscerla.

L’infermiere ha, quindi, il dovere di raccogliere molte informazioni sul paziente, di consigliano sul modo più opportuno di agire, ma, soprattutto di fargli comprendere la situazione per aiutarlo a gestirla individualmente.

Il responsabile del nursing ha il compito di informare (perchè la mancanza di informazioni crea ansia), di indicare strategie e di insegnare nuove abilità per aggirare gli ostacoli che inevitabilmente la malattia crea; egli “accoglie il (paziente) come fa la madre e, quando necessario, dirige come il padre” (Carkhuff, 1990, p. 26) facendogli cogliere le incongruenze psicologiche “fra ciò che pensa e ciò che sente, fra ciò che sente e ciò che dice, fra ciò che dice e ciò che fa” (ibidem, p. 26). L’I.P. sarà tanto più efficace nella sua azione, quanto più saprà concentrarsi sul paziente creando un ambiente adeguato e collocandosi spazialmente in modo idoneo per poterlo osservare ed ascoltare.

L’ambiente può definirsi adeguato quando si creano tanto le condizioni fisiche che quelle psicologiche; l’ambiente fisico deve essere luminoso, ordinato, senza eccessivi rumori e, soprattutto, non deve essere disturbato da un continuo andare e venire di persone.

L’ambiente psicologico si crea se l’infermiere (in attesa di affrontare un colloquio con un ammalato) riesce a staccarsi mentalmente dai problemi degli altri pazienti, a valutare il proprio umore e la propria sensibilità e a prepararsi interiormente ricordando le informazioni raccolte, rivedendo gli obiettivi prefissati e scegliendo il momento giusto.

Tutto ciò, però, è possibile se è garantita una organizzazione di reparto che preveda, anche, la possibilità di effettuare colloqui privilegiati con determinati pazienti.

Per meglio coinvolgere gli ammalati e per entrare nel loro mondo interiore, occorre utilizzare il dialogo tattile, guardarli negli occhi, condividere le loro esperienze significative, esplorare i loro stati d’animo ed avere la volontà di aiutarli.

“La relazione di aiuto serve a facilitare all’interno della persona, lo sviluppo di tre fondamentali processi interpersonali: l’esplorazione, la comprensione, l’azione” (ibidem, p. 51). È fondamentale aiutare il paziente ad esplorare e ad esternare i suoi stati d’animo, le sue paure ed i suoi problemi perchè ciò gli permette di fare il punto della situazione e di prendere le opportune decisioni; egli deve focalizzare cosa lo spaventa, lo preoccupa, teme, si aspetta, vorrebbe fare e deve poter precisare chi vorrebbe o non vorrebbe avere accanto, dove vorrebbe trascorrere i suoi ultimi istanti e quando discutere delle sue volontà. Questo tipo di analisi facilita la comprensione della situazione personale e la ricerca di soluzioni.

Per aiutare il paziente, si può rispondergli, durante il dialogo, in modo diversificato; è possibile, infatti, rispondere al contenuto delle espressioni dell’altro riformulando con altre parole ciò che questi sta dicendo. Si può, ancora, rispondere ai sentimenti, ovvero agli

aspetti emozionali ed affettivi, “riflettendo rispetto agli eventi e alle situazioni che sta esponendo. Alla fine, (si) possono unire sentimenti e contenuti in un’unica risposta che rifletta il significato complessivo di questa esperienza” (ibidem, p. 55).

Fare da eco consente all’TP. di mettere a fuoco il contenuto della comunicazione del paziente ed aiuta questi a prendere maggiormente coscienza del suo messaggio. La tecnica dell’eco consiste, infatti, nel ripetere ciò che viene detto sintetizzandolo; l’eco permette di verificare se si è correttamente capito quanto è stato detto e sollecita il paziente a puntualizzare o ad approfondire determinati contenuti. Questa tecnica deve essere accompagnata dal desiderio di capire i reali sentimenti dell’altro. È necessario, cioè, che l’infermiere, osservando il modo con cui l’altro parla (espressioni, posture, tono di voce..) si interroghi chiedendosi quali sentimenti o stati d’animo lo caratterizzerebbero se si trovasse al suo posto e quali potrebbero essere le parole che meglio potrebbero descriverli.

Dopo queste analisi, si deve verbalmente esprimere gli stati d’animo individuati puntualizzando tanto la gioia che la rabbia che l’infelicità e sottolineare, contemporaneamente, quali sono gli argomenti su cui il paziente torna più frequentemente.

I temi ricorrenti sono una fonte di informazione per aiutare il paziente a capire quali sono i suoi investimenti affettivi nei confronti della malattia e a individuare quali sono i suoi punti forti o fragili nell’affrontarla e nel concretizzare determinate azioni.

Ogni ammalato deve essere messo in grado di scoprire e di attivare le sue risorse psicofisiche e di gestire la sua angoscia ed il tempo a sua disposizione per raggiungere gli obiettivi prefissati. L’infermiere, coinvolgendolo nel processo di aiuto, dimostra, a sua volta, di essere capace di autocontrollare i suoi stati d’animo e di impegnarsi nel mettere in atto alcuni comportamenti migliorativi. Egli, cioè, non si trincerava dietro difese che, spesso, lo spingono a negare che in reparto si possa mettere in atto una relazione di aiuto a causa delle troppe urgenze e della impossibilità di far diventare protagonista chi soffre.

L’esperto nella relazione di aiuto è colui che ha imparato a non occuparsi indiscriminatamente di tutto, a valutare le reali esigenze del cliente e del reparto, a concentrarsi su ciò che sa fare e a prendere coscienza di ciò che non è in grado di compiere.

Per agire terapeuticamente, l’infermiere si pone, nel quotidiano, piccole mete e sfide cercando di capire quali sono le parole o i comportamenti del paziente che scatenano in lui ansia per poterla controllare non solo con la volontà, ma con l’azione; consapevole che non è possibile modificare totalmente la propria personalità, egli cerca, tuttavia, di migliorarsi attuando piccole strategie. Se, ad esempio, di fronte ai pazienti, che cercano di comunicargli angosce, paure o difficoltà, avverte sistematicamente la tentazione di fuggire e di rifiutare il dialogo, è evidente che deve interrogarsi sul perchè ciò avvenga.

Le risposte possono essere molteplici ma, in genere, per il fatto stesso di affrontare e di analizzare un problema si crea un effetto catartico. La catarsi non si verifica quando il rifiuto del rapporto è generato da una scelta professionale errata; in questo caso, purtroppo, il disagio è destinato a continuare perchè è la professione stessa che viene messa in discussione. In tutti gli altri casi, le difficoltà del responsabile del nursing sono in pane superabili se questi, dopo aver preso in esame il problema e averlo discusso con persone di sua fiducia, si impone di non compiere rapidamente gli atti assistenziali (di tipo tecnico) per fuggire dalla camera dei pazienti e cerca di aumentare, giorno per giorno, i minuti da dedicare al dialogo. È assurdo, infatti, pensare di far violenza su se stessi richiedendosi sforzi eccessivi e risultati immediati; un iter operativo programmato e graduale è sicuramente più efficace di un atto volontaristico sporadico.

Quanto affermato è stato dimostrato da alcune infermiere che, entrate in crisi di fronte ad ammalati di cancro che, costantemente, richiedevano rassicurazioni, misero in atto le

azioni sequenziali precedentemente indicate.

Queste professioniste, dopo essersi interrogate sul perchè delle loro reazioni psicologiche ed averne sommariamente individuato le cause, decisero di parlarne con le loro caposala che coinvolsero tutta l'équipe per affrontare il problema e per adottare nei confronti dei pazienti linee di intervento comuni. Successivamente, tranquillizzate dal sostegno dei colleghi e dall'omogeneità delle risposte, le infermiere scrissero quanto intendevano mettere in atto stabilendo, fra i vari impegni, di parlare con i pazienti almeno per cinque minuti nella prima giornata di turno e di aumentare gradualmente i tempi da dedicare al dialogo nei giorni successivi.

Esse si sono autodisciplinate, concentrate ed hanno affrontato "il lavoro come espressione dei (loro) impulsi creativi e come mezzo per l'autoperfezionamento" (Haring, 1971, p. 229), essendo consapevoli che un corretto esercizio dello specifico professionale può dare adeguate gratificazioni e far accrescere una salutare fiducia in sé.

Coscienti che colui che è centrato su di sé vive un'esistenza senza speranza e che la persona che non sa sperare, non può aiutare il paziente a guardare con realismo le cose compiute, queste infermiere sono riuscite, in seguito, a far accettare ai pazienti alcune macroscopiche contraddizioni dei loro familiari. Questi ultimi, infatti, convinti dell'utilità di nascondere la diagnosi medica ai loro congiunti, accanto al letto, negavano la gravità del male e, nei corridoi, parlotando tra di loro, affermavano che non vi era più speranza.

## **9.5 – L'Infermiere promotore di apprendimenti**

L'infermiere, oltre a svolgere una funzione di assistenza globale nei confronti delle persone, deve acquisire competenze tecniche specifiche e mettere in atto comportamenti adeguati per esercitare pienamente la sua professionalità e per evitare di restare, nell'ambito sanitario, una figura subalterna ad altre e generica. Egli deve diventare educatore, agente di cambiamenti e promotore di apprendimenti (fig. 9.4).

La malattia, infatti, a volte può essere congenita ma, spesso, è il risultato di concause fra cui la non conoscenza e la non applicazione da parte degli utenti di strategie preventive. Non volendo, in questo contesto, addentrarci in un'analisi dettagliata sul significato della frase "educare alla salute" ci si limita a dire che è fondamentale per il personale sanitario approfondire il discorso sulla prevenzione per aiutare le persone (sia in ambito ospedaliero che sul territorio) a rinforzare le loro difese ed a migliorare la qualità della loro vita.

L'infermiere si assume grandi responsabilità perché, attraverso l'educazione aiuta il paziente a far emergere tutte le sue potenzialità ed a trasformarle in capacità. L'azione educativa, di volta in volta, si indirizza verso le diverse aree della personalità dell'altro utilizzando particolari strade: l'insegnamento, l'animazione, la drammatizzazione ecc.

L'insegnamento "è presente in tutto ciò che l'infermiera fa ma ciò non significa lasciarlo al caso" (Henderson, 1990, p.47). Il personale infermieristico dovrebbe, infatti, programmare continue occasioni-stimolo per facilitare nel paziente gli apprendimenti e per insegnargli a vivere una esistenza significativa anche quando questi è affetto da particolari patologie. Ovviamente, per insegnare in modo corretto occorre conoscere i contenuti sanitari da trasmettere, la psicologia generale, sociale e quella dell'età evolutiva e si devono possedere capacità didattiche o di mediazione per adeguare i contenuti al soggetto che si ha di fronte.

L'insegnamento può essere rivolto tanto ad un bambino, quanto ad un adulto che ad un anziano e può riguardare problemi di igiene, di allattamento, di alimentazione, di prevenzione..., e, di conseguenza, si ribadisce che è fondamentale conoscere bene ciò che si vuole trasmettere ma, anche e soprattutto, conoscere le caratteristiche dell'utente che

deve apprendere.

Questi può non voler collaborare, essere diffidente nei confronti del personale sanitario, aver problemi di vario tipo, non aver fiducia nell'istituzione sanitaria, aver avuto una storia educativa complessa, possedere un basso o un alto livello di cultura. Quanto indicato può incidere sugli apprendimenti per cui l'infermiere, prima di intervenire, deve raccogliere molte informazioni; successivamente, deve pianificare ciò che vuol dire (tenendo presente gli obiettivi), agire ed effettuare continue verifiche.

### 9.5.1 - L'apprendimento

La persona apprende realmente quando a livello mentale afferra con forza un contenuto (conoscenza, gesto, atteggiamento) che va ad arricchire la sua matrice cognitiva.

Ovviamente, non basta che un paziente capisca cosa è necessario fare per intervenire su un problema ma deve anche volerlo affrontare. Non sono pochi, ad esempio, i diabetici che hanno perfettamente capito che dovrebbero assumere solo determinati cibi ma che, tuttavia, continuano a non rispettare la dieta.

L'infermiere deve far capire e volere rivolgendosi prima di tutto ai sensi di coloro che ha di fronte e poi rivolgendosi alla loro intelligenza ed alla loro volontà. Per favorire l'apprendimento, è fondamentale verificare che non vi siano difetti visivi o uditivi perchè questo fatto potrebbe essere una causa di non comprensione. Fatte le verifiche di tipo percettivo, occorre spiegare molto attentamente ciò che si vuole trasmettere rispettando le leggi della comunicazione e risvegliando l'interesse e la motivazione. L'uomo ha necessità di apprendere con tutto se stesso e questo processo è molto complesso perchè, pur basandosi su elementi neurofisiologici, coinvolge sempre la dimensione affettiva e relazionale. L'apprendimento favorisce l'adattamento e permette l'acquisizione, la fissazione e l'elaborazione di nuovi contenuti e comportamenti finalizzati all'autorealizzazione (Bassetti, 1990).

Perchè vi sia un apprendimento idoneo, è necessario che la persona voglia tendere ad uno scopo definito e sappia elaborare soluzioni personali; questo, essendo un processo di progressiva acquisizione ed assimilazione, è efficace quando a guidarlo vi è un educatore che favorisce le condizioni ottimali e la trasformazione delle nozioni in esperienze.

L'infermiere, quindi, per aiutare il paziente o i suoi familiari, deve ricorrere ad adeguate stimolazioni acustiche, visive, olfattive perchè, in genere, un messaggio od una esperienza rimangono più impresse se vengono recepite con più organi di senso. L'infermiere si assume grandi responsabilità perchè, attraverso l'educazione, aiuta il paziente a far emergere tutte le sue potenzialità ed a trasformarle in capacità. Ciò significa, ad esempio, che se si deve spiegare ad un paziente le cose che può o non può fare, si deve scegliere un luogo tranquillo ed utilizzare, fra l'altro, diapositive, lucidi ed illustrazioni. Queste ultime, infatti, aiutano "l'occhio a comprendere ciò che non sempre la parola riesce a mettere in evidenza" (Maiello, 1993, p. 153).

Le illustrazioni aiutano a mettere in risalto ciò che si vuol dire, catturano l'attenzione e facilitano la comprensione anche di quei pazienti che non sanno leggere. Per facilitare la comprensione è utile evitare «di soffermarsi a lungo su informazioni periferiche e di toccare troppo rapidamente o allusivamente informazioni a cui comprensione è di importanza determinante» (Lumbelli, 1992, p-228).

È anche necessario evitare di dare per scontate determinate informazioni facendo un'accurata analisi di quanto il paziente già conosce sull'argomento che si sta affrontando e evitando termini troppo tecnici.

È fondamentale organizzare mentalmente i contenuti da trasmettere, esporli chiarendoli,

rispiegarli e, contemporaneamente, osservare, cercando di capire, le reazioni del paziente, i suoi problemi ed i suoi reali bisogni.

Quanto più si sa spiegare all'altro ciò che deve fare, perchè lo deve fare e quali sono i vantaggi o gli svantaggi di determinate azioni illustrandoglieli con cartelloni, risvegliando la sua immaginazione e facendogli concretamente effettuare delle esperienze, tanto più questi sarà motivato ad agire e ad apprendere. La mente delle persone, spesso, riesce a trattenere meglio le immagini visive e ciò spiega ulteriormente perchè occorre saper utilizzare gli audiovisivi. Mentre si utilizzano questi strumenti, si deve essere attenti ad evitare la saturazione di chi si ha di fronte; è necessario, ad esempio, stabilire tempi di informazione ridotti per non rischiare di perdere l'attenzione e, se si utilizzano i lucidi, è preferibile predisporli scrivendo solo le idee centrali di ciò che si vuol trasmettere.

Quando si spiega, è importante conoscere l'arte delle pause. Una pausa appropriata aiuta a sottolineare i punti salienti del discorso e a conquistare l'attenzione. Un abile trasmettitore, di tanto in tanto, ricapitola ciò che è stato detto per favorire la comprensione, stimola con domande e utilizza la lode e l'incoraggiamento.

L'infermiere consapevole dei suoi compiti educativi si prepara per offrire informazioni scientifiche e rifugge dal pressapochismo.

## 9.6 - Conclusioni

L'arte di aiutare, come detto, richiede all'infermiere non solo conoscenze e abilità ma, anche, che egli diventi consapevole dei tratti della sua personalità. Le persone, in genere, preferiscono prendere in esame gli aspetti migliori di loro stesse e fanno fatica a prendere consapevolezza delle loro qualità inferiori, che pur esistono e che tendono ad emergere quando si è o più stanchi o più fragili.

“Le persone molto ragionevoli ed altruiste, per esempio, diventano improvvisamente ed inesorabilmente egocentriche e sgradevoli, maltrattano chiunque stia loro intorno. Persone che di solito sono di ottimo umore, gradevoli ed intraprendenti, da un giorno all'altro diventano irascibili” (Von Franz, 1990, p88), perchè, abitualmente, l'uomo tende ad indossare maschere, a comportarsi in modo innaturale e a far fatica a riconoscere gli istinti.

La non conoscenza della parte inferiore di sé può indurre nell'infermiere la tentazione di proiettare su altri (pazienti, colleghi, familiari) le sue caratteristiche peggiori, di non prendere in esame i suoi comportamenti e di colpevolizzare chi lo circonda quando si verificano contrattempi.

Questo modo di agire incide negativamente sulla relazione e sull'aiuto che il professionista del nursing deve offrire al paziente; per ovviare a questi errori, è necessario, attraverso una formazione permanente, potenziare la propria preparazione culturale.

L'assistenza infermieristica consiste in un insieme molto articolato e diversificato di interventi in quanto è sempre condizionata dallo stato fisico, psicologico e sociale del cliente; essa, pur basandosi su principi scientifici, deve tener conto della situazione specifica di ogni uomo.

Deriva da questa affermazione che l'infermiere, quando intraprende un'azione di sostegno, deve si tener presente la dimensione scientifica ma agire anche creativamente; nella relazione di aiuto, l'ascolto, la rassicurazione, l'osservazione sono strategie fondamentali che debbono, tuttavia, essere utilizzate in modo diversificato a seconda dei destinatari e dei problemi che essi presentano.

Le risposte verbali e non, l'occupazione degli spazi e il cosa osservare si debbono modificare se il soggetto ha, ad esempio, disturbi psichiatrici, se ha subito interventi chirurgici o se è affetto da malattie croniche.

Di fronte ad un paziente adulto schizofrenico, è inutile tentare di convincerlo che le sue idee sono assurde e che sono destinate a svanire nel nulla o, viceversa, fingere di credere a tutto quanto dice perchè entrambi i comportamenti lo farebbero sentire a disagio e non capito. Certi deliri, sofferenze e forme allucinatorie necessitano di molta coerenza e di chiarezza comunicativa; questa si esprime facendo capire al paziente che si è consapevoli che sta soffrendo e vivendo momenti difficili e che si è disponibili a re- stargli accanto sostenendolo.

È fondamentale con l'ammalato psichiatrico non emettere giudizi o assumere modalità ironiche; ciò è particolarmente valido se si ha di fronte un paranoico che, avendo una personalità rigida ed intollerante, è, il più delle volte, convinto di essere un detentore di "verità".

Il paranoico, essendo caratterizzato da sentimenti di superiorità, ha la tentazione di rifiutare l'aiuto, di non rispettare le regole e di tendere trappole psicologiche al personale sanitario richiedendo amicizia che, poi, sfrutta a suo vantaggio per tiranneggiare tutto il reparto.

Si aiuta il paranoico dando regole precise, evitando gli atteggiamenti aggressivi, facendo richieste adeguate (né troppo semplicistiche né troppo complesse) e ponendosi come modelli educativi. Ogni malattia, in misura più o meno marcata, fa regredire a livello affettivo i pazienti e, di conseguenza, occorre che l'infermiere sappia accettare questo fatto non giudicandolo negativamente sforzandosi di capire le sottostanti motivazioni psicologiche e dando fiducia. Saper individuare, anche di fronte alle situazioni più complesse, che ogni uomo, pur caratterizzato da limiti vistosi, possiede capacità e possibilità è un fatto altamente positivo.

La regressione, in alcuni casi, può essere strategicamente utilizzata dal personale sanitario per far recuperare al paziente le sue autonomie in tempi brevi. Si pensi al caso di una persona che ha subito un intervento chirurgico di una certa entità; questa, attraverso il processo regressivo chiede tacitamente all'infermiere di occuparsi di lei e gli fa capire di essere disponibile ad affidarglisi.

Subito dopo l'intervento, questo fatto è positivo perchè il paziente diventa più gestibile in quanto non ostacola gli atti assistenziali; **In** seguito, man mano si avvicina alla guarigione, deve essere aiutato a riconquistare fiducia in sé e ad acquisire autonomia.

Un paziente, che ha subito interventi mutilanti, ha necessità di sentirsi dire con chiarezza ciò che potrà o non potrà fare perchè, quasi sempre, è angosciato per il suo futuro. Se questi è un adulto teme di essere rifiutato dall'ambiente esterno e di non essere più in grado di riprendere una vita normale sotto tutti gli aspetti; se è anziano, ha paura di non riconquistare autonomie, di dover dipendere dagli altri e di essere destinato a ricoverarsi in qualche istituto; se è un ragazzino teme il rifiuto dei compagni e l'inattività.

Le seppur brevi riflessioni sottolineano i drammi psicologici di coloro che vedono il loro corpo mutilato e la necessità di penetrare in questi vissuti osservando, ascoltando, chiedendo ed intervenendo. Il portatore di stoma, ad esempio, vive paure intense e, spesso, nella fase iniziale rifiuta di guardare la sua mutata situazione fisica scrutando, invece, l'espressione di coloro che si prendono cura di lui. Una smorfia di disgusto da parte del personale sanitario viene vissuta negativamente e considerata la conferma dei te- muti rifiuti da parte dell'ambiente esterno.

In alcuni casi, la paura per il futuro ed il rifiuto della menomazione sono così marcati che il paziente si richiude in se stesso impedendosi quegli apprendimenti che gli possono garantire l'autonomia, quali: il posizionamento del sacchetto, le irrigazioni di acqua tiepida e la cura della propria igiene in senso lato... Di fronte a queste reazioni, occorre che l'infermiere o l'enterostomista abbiano molta pazienza, chiedano spiegazioni, lavorino con il paziente a livello individuale e unitamente a gruppi di altri persone stomizzate in fase di recupero psicologico più avanzato; se necessario, si possono coinvolgere parenti

significativi per effettuare le azioni sopra indicate.

Per aiutare adeguatamente questi pazienti, si dovrebbe sostenerli psicologicamente già prima dell'intervento offrendo tutte le spiegazioni di cui necessitano e che, a volte, non osano chiedere al medico. Dopo l'intervento, è necessario, strategicamente far sentire puliti gli stomizzati perchè, se sentono puzze o si sentono sporchi, può aumentare in loro la paura dei rifiuti esterni e possono subentrare blocchi psicologici anche nella sfera sessuale. E necessario, inoltre, osservare attentamente questi pazienti per individuare le loro reazioni alle cure e per scoprire se lo stoma presenta anomalie. L'osservazione, di volta in volta, deve permettere all'infermiere di cogliere gli elementi utili all'intervento assistenziale; essa si diversifica a seconda dei problemi e sottolinea i comportamenti più significativi del paziente.

Nel caso di pazienti psichiatrici, può essere utile cogliere gli elementi premonitori di crisi (agitazione, irrequietezza, mutismo) e di desiderio di autodistruzione; a volte, gesti o frasi, apparentemente assurdi, nascondono intenzioni e progetti di suicidio.

L'osservazione, ancora, può far capire il grado di socializzazione di un bambino o la solitudine di un adulto o il ritmo di sonno-veglia di un anziano. Osservando, occorre distinguere i dati realmente osservati da quelli dedotti perchè questi possono essere viziati dai pregiudizi.

Mentre si osserva, occorre rassicurare evitando, però, l'utilizzo di espressioni stereotipate quali: "Si faccia forza, abbia pazienza, reagisca ricorrendo alla volontà" perchè se il paziente non è in grado di attuare ciò che gli si chiede può provare sensi di colpa e di ribellione.

Parafrasando una frase di Jung (Birkenbihl, 1990), in una relazione di aiuto occorre imparare quanto più possibile sulla teoria ma quando si è di fronte al paziente occorre dimenticare i manuali sforzandosi di comprenderlo e di rifuggire dall'utilizzo di segnali di non accettazione che fanno trincerare l'altro in posizioni difensive.