

Modelli di supervisione strategica in cure palliative

Patrizia Tempia Valenta ¹

Carlo Saverio Esposito ²⁻³

Abstract

Gli autori, entrambi psicologi, presentano il lavoro di supervisione che conducono da ottobre 2002 con l'equipe di cure palliative dell'ASL n. 12 di Biella. La supervisione al gruppo si inquadra nella più ampia cornice del "Progetto Cronici" che riguarda la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e i Reparti Ospedalieri che presentano problemi di pazienti e familiari a rischio di disagio Psicologico. Il gruppo è formato da sei medici e sette infermieri che prestano la loro opera in coppie di operatori, non sempre fisse, che si recano al domicilio di pazienti in fin di vita. I problemi da affrontare in Supervisione, non sono legati a richieste psicoterapeutiche in termini espliciti, ma vanno ricondotti all'angoscia derivante:

1 dall'incontro con la morte

2 dal cambiamento in atto nel sistema famiglia (la perdita imminente di un loro caro).

La tendenza del sistema è quella di irrigidirsi e manifestare ridondanze e sequenze disfunzionali; i pattern disfunzionali tendono ad aggravare i problemi e perpetuano il loro mantenimento. Negazione, rifiuto, invischiamento, colpevolizzazione, eccessiva responsabilizzazione, vengono spesso incontrati dagli operatori che si recano a domicilio. Dalla loro relazione con il paziente, il care-giver e il resto della famiglia dipende il buon andamento di questo incontro, che ha come obiettivo una morte il più possibile "indolore e serena". Il gruppo in supervisione si incontra una volta al mese, i problemi vengono presentati, in genere, come legati a difficoltà di rapporto e di "compliance" con i pazienti e spesso con i familiari. Gli autori descrivono il loro modo di operare in supervisione, che utilizza interventi basati sul problem solving e stratagemmi terapeutici, ed è centrato sulla soluzione dei problemi di relazione e comunicazione portati dagli operatori, a partire da una comprensione empatica dei loro problemi e difficoltà, e tiene conto della risorsa tempo che è molto ridotta in questo ambito. Alcuni esempi consentono di illustrare gli interventi e il modello di lavoro, nella seconda parte dell'articolo.

¹ Servizio Psiconcologia Polo Oncologico ASL n. 12 – BIELLA, Italia

² ASL n. 12 – BIELLA

³ Didatta Centro Studi Terapia Relazionale e Familiare di Roma

Modelli di supervisione strategica nelle Cure Palliative

Da ottobre 2002 ci occupiamo insieme della supervisione al gruppo di operatori dell'Unità Operativa di Cure Palliative dell'ASL 12 di Biella.

La supervisione al gruppo si inquadra nella più ampia cornice del "Progetto Cronici" che riguarda la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e i Reparti Ospedalieri, che presentano problemi di pazienti e familiari a rischio di disagio psicologico.

Si tratta di una dozzina di operatori, medici e infermieri, che svolgono il lavoro di assistenza domiciliare a quei casi che, segnalati dai medici dell'Oncologia sono inviati alle Cure Palliative per uno scopo fondamentale: lavorare per una buona morte.

Le persone seguite dall'UOCP sono pazienti in fase terminale e i loro familiari devono gestire questa enorme angoscia.

Gli operatori svolgono i loro interventi a domicilio, presso le famiglie, in un momento di grande fragilità, quando un membro della famiglia è prossimo ad andarsene.

In queste situazioni sono frequenti momenti di irrigidimento delle relazioni; l'angoscia di morte porta le persone ad esasperare il funzionamento dei meccanismi di difesa, gli individui soffrono individualmente e il sistema soffre nel suo modo di funzionare, nel comunicare, nel modo di gestire e risolvere i problemi.

L'intervento degli operatori è centrato sulla cura dei sintomi e sul trattamento del dolore, nel far questo entrano in contatto con questi microcosmi saturi di sofferenza e di paura. La famiglia designa un suo membro a rivestire il ruolo di colui che assiste il malato più da vicino, che si assume le maggiori responsabilità di mantenere i rapporti con il mondo della cura, il care-giver.

Gli operatori devono comprendere come si è organizzato il gruppo-famiglia, con chi possono relazionarsi per risolvere i problemi connessi ad una buona collaborazione (compliance).

Il paziente spesso assume terapie antidolorifiche che possono alterare gli aspetti cognitivi e quindi il grado di consapevolezza; lo stato di cachessia, quando presente, comporta modificazioni del tono dell'umore del paziente e questo spesso influisce anche sullo stato di angoscia dei familiari.

Gli operatori con la loro personalità e le loro emozioni interagiscono per costruire una possibilità di collaborazione, con l'obiettivo di accompagnare il paziente verso "una buona morte" ed una buona esperienza di accudimento per i familiari.

Le persone affette da una malattia terminale vengono sovente abbandonate dai sani; le famiglie che hanno al loro interno un membro in fase terminale si isolano e vengono spesso isolate dal contesto sociale, spesso anche dalle famiglie estese. La morte fa paura, c'è quasi la percezione di un rischio di contagio, i meccanismi di

negazione della morte comportano una separazione affettiva tra il mondo dei sani e quello dei morenti.

In questa cornice emotiva si colloca il lavoro di questi operatori e, tenendo conto anche di questo, abbiamo impostato il nostro lavoro di supervisione al gruppo.

Il nostro lavoro è caratterizzato da alcuni punti fermi :

- Ascolto dell'operatore o degli operatori che presentano il caso.
- Valutazione della richiesta esplicita e della richiesta implicita.
- Valutazione delle peculiarità dell'operatore (carattere, mondo di valori, priorità personali) rispetto al problema che sta affrontando.
- Osservazione del vissuto del gruppo rispetto all'intervento che l'operatore sta portando avanti.
- Atteggiamento teso alla soluzione dei problemi (problem solving) evitando atteggiamenti pedagogici e valutazioni tipo "giusto" o "sbagliato".
- Analisi delle soluzioni tentate dagli stessi operatori e/o dai familiari, valutando l'eventuale presenza di ridondanze disfunzionali.
- Adozione di un ruolo elastico come supervisori, in grado cioè di svolgere sia un ruolo di buoni contenitori, attraverso un ascolto empatico e valorizzante, sia un ruolo di coloro che forniscono soluzioni e strategie, per modificare rapporti difficili e bloccati.

In questo secondo modo di operare ci sono tornati utili i concetti della terapia strategica, basati su un attento esame dei problemi e della situazione venutasi a creare, delle soluzioni tentate e per l'utilizzo di stratagemmi terapeutici, mirati a modificare, spesso senza che il soggetto ne abbia la piena coscienza, modelli di comunicazione e relazione che, per motivi non sempre facili da identificare, si sono irrigiditi assumendo caratteristiche patologiche e disfunzionali.

Gli interventi di tipo strategico giocano a vantaggio del poco tempo a disposizione; l'operatore, in un contesto di Cure Palliative, non ha molto tempo per risolvere i problemi; ha bisogno subito di alcune indicazioni che lo facciano sentire capito e guidato, o che gli facciano sperare di riuscire a modificare qualcosa; spesso è entrato in contatto o eccessivo (invischiamento) o scarso (disimpegno) con l'angoscia della famiglia e se non ha preso il controllo della relazione avverte un certo disagio nel relazionarsi con loro perciò è disponibile ad accettare aiuto e indicazioni.

Il gruppo di supervisione si incontra una volta al mese, l'intervallo di tempo utile per l'impostazione di una strategia, che tenga conto di tutte le variabili presenti in modo esaustivo e completo non è sempre possibile.

Entrambi abbiamo fatto ampio uso della nostra creatività e della capacità di ipotizzare e di valutare le situazioni basandoci sugli elementi disponibili e fruibili sul momento (lavorare sull'hic et nunc).

Alcuni esempi possono risultare utili per descrivere il modo di operare:

Il Caso di Elena

Elena è un'infermiera di 35 anni che opera in coppia, sul caso in questione, con un giovane medico.

Il caso è quello di una madre di 65 anni affetta da un tumore renale, non ancora cachettica ma completamente allettata, che vive con i figli adulti, il maschio di 34, la femmina di 39 anni, non ancora svincolati. Il dramma della famiglia non è il tumore della madre, bensì la separazione dal padre, uomo molto facoltoso e di nobili origini, che tutti i familiari percepiscono come la perdita irreparabile di uno status di appartenenza ad un mondo di persone abbienti, facoltose e nobili.

Tutti i familiari, in particolare la madre e la figlia, sentono il bisogno di parlare di questo aspetto; evidenziando le difficoltà economiche che questo cambiamento comporta, problemi sul fare la spesa, pagare l'affitto.

Le donne della casa si sentono come delle nobili decadute che si stanno sforzando senza riuscirvi, di accettare una situazione di indigenza.

L'infermiera si sente nel ruolo di dama di compagnia di due nobildonne inconsolabili, la sofferenza per il tumore, per l'eventuale decesso della madre, non sono in evidenza e non sono oggetto dei loro discorsi, il problema principale è quello delle continue lamentele economiche; il figlio lavora e, pur condividendo il clima emotivo della famiglia, partecipa poco dal momento che è spesso fuori per lavoro.

Gli incontri che l'infermiera effettua presso il loro domicilio si trasformano in una sua permanenza eccessiva presso la casa; invece di stare per un'ora circa, Elena sta per molto più tempo e non riesce ad andarsene, quando accenna che dovrebbe andare le due donne, in particolare la madre le chiedono di rimanere e lei non sa dire di no.

Elena è molto coinvolta sul loro disagio, in un'occasione stava per fare la spesa alla signora utilizzano i suoi soldi, poi ci ha riflettuto ed ha lasciato perdere; i familiari le fanno dei regali, oggetti anche utili ed Elena si sente sempre più coinvolta; si rende conto che sta esagerando, ma non riesce ad abbandonarli, nonostante il Servizio Sociale si stia occupando della situazione, nonostante abbiano usufruito di un contributo economico da parte di una fondazione.

Elena è una persona un po' introversa ma molto sensibile, partecipa volentieri alle supervisioni, non parla molto, ma è sempre attenta.

Rispetto al gruppo di lavoro questo suo atteggiamento sta producendo una tendenza al giudizio e alla squalifica: gli altri la percepiscono come eccessivamente coinvolta, come colei che non trova la giusta distanza ed è invischiata.

Gli altri la proteggono molto, il problema ci viene portato dal gruppo: da un lato vogliono aiutarla, dall'altro le danno troppi consigli e le dicono tutti quello che dovrebbe fare, ma che a lei non riesce.

Ci troviamo davanti ad una classica situazione del " So che quello che faccio non è molto giusto, ma non riesco a fare altrimenti!"

Il medico che opera con lei non ha difficoltà: va a domicilio fa il suo lavoro, non si mostra agganciabile dal clima cortigiano della famiglia e riesce ad entrare ed uscire senza alcuna difficoltà.

Questo fatto rende ancora più particolare la situazione di Elena.

Abbiamo un doppio problema: da un lato, lei si percepisce come inadeguata, dall'altro il gruppo di lavoro che le vuole bene, la percepisce in difficoltà, vuole aiutarla, ma senza volerlo la sta designando.

C'è addirittura chi nel corso della discussione propone di sostituirla con qualcuno che sia meno sensibile e disponibile.

Ovviamente ci opponiamo a questa proposta e proponiamo la seguente lettura: Elena non riesce a dire di no alla signora perché ne coglie la profonda sofferenza, che anche se in modo incongruo, si manifesta nel produrre questo clima verboso e apparentemente senza senso; l'infermiera non deve dire di no alla signora, deve continuare a mantenersi disponibile e a colludere con le richieste colloquiali della famiglia. Non è lei che deve dire di no, non può permetterselo, la madre ha già subito un abbandono devastante, quello del facoltoso marito; la nostra opinione è che lei in un modo solo in parte consapevole, coglie questo disagio.

Dovranno essere le sue colleghe che la aiuteranno telefonandole sul cellulare dopo circa un'ora, chiedendole di venir via per una situazione clinica urgente, e che continueranno a telefonarle ogni dieci minuti se necessario.

Tutti sono d'accordo, le colleghe amiche vogliono aiutarla, ed Elena viene così sollevata dal problema di non voler deludere e tradire la fiducia della padrona di casa-paziente-utente.

In un successivo incontro veniamo aggiornati sullo sviluppo della situazione: le colleghe hanno svolto il loro compito egregiamente, Elena per due volte ha usufruito del loro aiuto per sganciarsi dalla signora; dopo di che, come lei stessa ci riferisce, si è sentita in imbarazzo ed ha deciso che non aveva bisogno dell'aiuto di nessuno e ha trovato lei stessa modi e tempi adeguati per continuare ad occuparsi del caso avendo un maggior controllo sulla relazione.

Le informazioni conclusive sul caso riferiscono che la signora è venuta a mancare circa un mese dopo questo cambiamento nella relazione: è spirata tra le braccia dell'infermiera durante una visita domiciliare.

L'infermiera in quella circostanza si è mostrata molto competente, segnalando una buona padronanza del rapporto con loro e della relazione. "Se il tempo di visita si prolungava ero io che lo decidevo e non loro che mi controllavano".

Abbiamo in questo caso utilizzato la strategia del "solcare il mare all'insaputa del cielo".

Elena si è resa conto emozionalmente della situazione in cui si trovava; non l'abbiamo colpevolizzata né tantomeno abbiamo rinforzato atteggiamenti pedagogici su cosa è giusto fare e su cosa è sbagliato fare, abbiamo cercato, utilizzando le risorse esistenti, di favorire il prodursi di un'esperienza emozionale correttiva.

Il Caso di Susanna

“Vorrei sapere se ho fatto bene!”

Susanna durante un fine settimana ha effettuato, presso una famiglia, un passaggio programmato per ricaricare la pompa-siringa dei farmaci per terapia sottocute (si tratta di un ausilio terapeutico che consente di distribuire in modo regolare e continuo la terapia nelle 24 ore, per cui va ricaricato giornalmente).

Il paziente è in carico ad un'altra coppia di operatori; Susanna è la prima volta che andava a casa loro, per la reperibilità del fine settimana.

Il paziente è un signore di 80 anni, vedovo, con carcinoma polmonare e metastasi diffuse, cachettico; prima di ammalarsi viveva in meridione, poi è venuto a stare dalla figlia per farsi assistere.

La signora, sui 60 anni, è sposata, con due figli maschi grandi, che vivono con loro.

Quando Susanna entra in casa viene aggredita verbalmente dal genero del paziente il quale la fronteggia anche fisicamente con atteggiamento intimidatorio.

Mentre sono in cucina, lei è seduta, lui in piedi la apostrofa con frasi del tipo:

“Era ora di arrivare?! ... Non è questo il modo di lavorare, non si fa così, non siete seri, ... lui stava male, ... non dovevate essere sempre presenti?!”.

Il paziente si è sentito male durante la notte, loro hanno cercato ripetutamente gli operatori delle Cure Palliative ai numeri di telefono che gli erano stati lasciati, poi hanno chiamato l'Ospedale e si sono fatti passare un reparto, il medico di turno ha consigliato loro di chiamare la guardia medica, spiegando che i medici dell'Ospedale non potevano andare a casa.

I due coniugi si erano sentiti abbandonati, anche perché si era verificato un malinteso: i familiari avevano capito che il Servizio era attivo 24 ore su 24.

Infatti, durante l'esposizione della storia emerge che i familiari avevano già segnalato difficoltà a ricordarsi delle informazioni sugli orari degli operatori, i quali avevano compilato una tabella con i numeri telefonici e gli orari; emerge inoltre un aspetto notato dagli operatori titolari del caso: il genero si comportava come se lui fosse la persona maggiormente responsabile delle cure, si mostrava coinvolto e attivo, tendeva ad interagire molto con gli operatori.

Susanna riprende il racconto, riferendo che la situazione si era fatta incandescente, i tentativi da lei effettuati di far ragionare il marito si rivelavano tutti inefficaci, qualsiasi cosa dicesse lo stesso la utilizzava per attaccarla. Ad

esempio: “forse non vi siete capiti con la dott.ssa” risposta : “ Io non sono deficiente ho capito benissimo!!”.

La moglie si mostrava incapace di arginare il marito, si era messa vicino all’I.P e stava lontana da lui, segnalando quasi una difficoltà a gestirne la rabbia e lo sdegno .

Ad un certo punto, vista l’inutilità di cercare un accordo e un dialogo, l’infermiera abbandona la posizione conciliante e reagisce, passa all’attacco e, probabilmente senza rendersene conto, colpisce nel segno.

“ Io, non sono qui per perdere tempo, sono qui per il malato, se dobbiamo fare l’intervento lo facciamo, altrimenti me ne vado !”, accompagna queste parole con il gesto di sollevarsi, prendendo la borsa dei medicinali.

Il genero del paziente si ferma, tace, la valanga di rabbia per essere stato abbandonato, si ferma davanti alla stessa paura, quella di essere di nuovo abbandonato.

La moglie a questo punto, inizia a mediare, “abbia pazienza, mio marito non voleva offenderla”.

La situazione piano piano si distende. Susanna inizia a collaborare con la signora. Si occupa del paziente, ricarica la pompa e trova anche il modo di coinvolgere “l’irascibile” genero, il quale per un po’ fa l’offeso ma poi si lascia andare.

Il giorno dopo le cose vanno ancora meglio e Susanna si ferma a parlare con lui dell’orto, dei figli da sposare.

Perché l’infermiera ci porta questo caso in supervisione?

L’ipotesi che facciamo è quella di una richiesta di convalidazione: il caso non è suo, si è lasciata trascinare dalle emozioni, in un certo senso ha perso il controllo, il buon senso, la pazienza e la comprensione non funzionavano; e’ corretto essere aggressivi con una familiare aggressivo ?

Riesaminiamo le informazioni in nostro possesso:

- ❑ il padre malato e vedovo viene da un’altra zona d’ Italia a stare (morire) in casa della figlia sposata.
- ❑ I familiari non registravano le informazioni fornite, non ascoltavano, ricordavano, probabilmente, in funzione dei loro bisogni.
- ❑ Il marito quando va in ansia è irascibile e autoritario. La moglie si comporta come se non approvasse i modi di fare del marito.
- ❑ Il marito è molto attivo, quasi come se fosse lui il figlio del paziente ma non lavora in squadra con la moglie.
- ❑ Anche gli operatori titolari avevano segnalato insofferenza nei suoi confronti per l’ eccessiva centralità che assumeva, interponendosi in tutte le transazioni tra gli operatori e la signora.

Si può fare l'ipotesi che sotto pressione per le angosce di morte, i familiari avessero messo in atto dei comportamenti tra loro disfunzionali: la signora si deprimeva per la prossima perdita del padre, il marito reagiva al disagio della moglie iperattivandosi.

Il bisogno di avere gli operatori disponibili 24 ore su 24 rappresenta una richiesta di sostegno nel portare avanti il compito di occuparsi bene del suocero e di assicurare la consorte.

L'intervento di Susanna incanala la vicenda su aspetti meno rivendicativi e più reali. "Il suocero sta morendo, dobbiamo occuparci di lui, le nostre discussioni sono una perdita di tempo, o ci occupiamo del paziente o me ne vado!".

L'altro aspetto positivo è quello della gestione del momento di crisi: dopo averlo fermato, cerca di valorizzarlo e di utilizzarlo come risorsa.

Senza rendersene conto fa un intervento di mediazione sulle angosce della coppia, fa vedere alla moglie come si fa con lui quando è spaventato e indignato e, una volta preso il controllo, non lo emargina, ma lo valorizza, gli dà un ruolo positivo.

In una successiva supervisione gli operatori titolari ci segnalano un modificato atteggiamento del genero, meno ansioso e più collaborativo.

Da un punto di vista strategico potremmo dire che Susanna ha utilizzato la strategia di "Partire dopo per arrivare prima": "*non ha attaccato per prima ma ha aspettato la prima mossa dell'avversario e l'ha sorpreso con una contromossa*"¹.

La nostra strategia nei confronti di Susanna e del gruppo di supervisione è stata quella di "solcare il mare con la coscienza del cielo". In questo caso abbiamo parafrasato uno degli stratagemmi più amati dalla terapia strategica, ma siamo dell'opinione che lavorare in supervisione comporti non solo risolvere problemi, ma anche far riflettere le persone sugli interventi efficaci, talvolta poco canonici, che spesso le persone fanno senza che "il cielo sappia che si sta solcando bene il mare".

Bibliografia

- Bateson G., (1984) *Mente e natura*, Adelphi, Milano
Bergman J.S., (1986) *Pragmatica della terapia sistemica breve: come si pesca il barracuda*, Astrolabio, Roma
Cancrini M.G. Harrison L., (1983) *La trappola della follia*, nuova Italia Scientifica, Roma
Elkaim M., (1992) *Se mi ami non amarmi*, Boringhieri Torino
Erickson M.H., (1983) *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma
Haley J., (1974) *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze
Kubler-Ross E., (1979) *La morte e il morire*, La Cittadella, Perugia
Nardone G. Watzlawick P., (1990) *L'arte del cambiamento*, Ponte alle Grazie, Firenze
Nardone G., (1993) *Paura panico fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze
Nardone G., (1998) *Psicosoluzioni*, BUR, Milano
Nardone G., (2000) *Oltre i limiti della paura*, BUR, Milano
Nardone G., (2003) *Cavalcare la propria tigre*, Ponte alla Grazie, Firenze

¹ G Nardone – Cavalcare la propria tigre – Ponte alle grazie Ed - 2003

Sontag S., (2002) *Malattia come metafora- cancro e AIDS*, A. Mondadori, Milano
Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch. R., (1974) *Change*, Astrolabio, Roma
Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D.D., (1971) *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma
Watzlawick P., Nardone G. (a cura di), (1997) - *Terapia breve strategica*, Raffaello Cortina, Milano

Indirizzo per richiesta di ristampe:

Patrizia Tempia Valenta
Psychoncology Unit – Oncological Department;
Pole Asl 12 – Biella, Italia