

"Relazione d'aiuto e controtransfert in Oncologia Pediatrica"



Claudia Cafiero

Come nasce la “relazione d’aiuto”?

La relazione d’aiuto si realizza quando avviene un incontro empatico in cui l’uno promuove la crescita dell’altro; il concetto non comprende soltanto la relazione fra infermiere e paziente, ma anche quella tra insegnante e studente o tra genitore e figlio.

L’espressione “relazione d’aiuto” è un modo delicato ed efficace per indicare un intervento di supporto allo sviluppo del sé, alla comprensione delle proprie motivazioni e predilezioni. La parola “aiuto” inclusa nell’espressione assume un significato pedagogico e indica l’impegno profuso da colui che reca aiuto per sviluppare nell’altro la consapevolezza di sé ed emanciparlo dai condizionamenti che lo rendono prigioniero delle aspettative degli altri. E’ dunque un aiuto che si orienta in direzione della crescita e dell’autonomia dell’altro.

Nella scelta dell’espressione è implicita una contestazione dei metodi eterodiretti e bidirezionali che procedono unilateralmente dall’infermiere al paziente - o dall’insegnante allo studente - e rischiano di risolversi in manipolazioni del soggetto o imposizioni di diagnosi e di dogmi che il soggetto è costretto ad accettare dall’esterno; un insegnante può essere colto e un infermiere preparato, ma la riuscita dell’insegnamento o la soddisfazione dei bisogni dipendono in misura maggiore dalla qualità del rapporto instaurato con gli interlocutori, più che dal semplice bagaglio tecnico-conoscitivo.

Nella relazione d’aiuto intervengono categorie concettuali che hanno una validità estendibile a tutte le relazioni umane. Concetti come percezione del sé, modificazione della personalità, valutazione degli elementi in vista di una scelta, influenzabilità e consapevolezza delle proprie motivazioni, sono nozioni implicate in situazioni più numerose di quelle ufficialmente identificate come relazioni propriamente dette.

La relazione d’aiuto, incoraggiando la solidarietà fra gli uomini, diventa paradossalmente un modo per contrastare quella natura

grandiosa e sconfinata di cui parlava il Leopardi pessimista, indifferente alle ansie dei piccoli mortali che essa domina dall'alto delle sue solitudini e delle sue collere terribili.

Un equilibrio complicato

In ogni rapporto umano di tipo terapeutico, in cui si definisce il bisogno di aiuto da parte di una persona malata (utente, paziente, assistito...) e la volontà di un'altra persona di aiutare (infermiere, medico, assistente sociale...) i sentimenti dei singoli individui hanno un ruolo determinante nel delineare l'obiettivo comune.

La teoria sostiene che dovremmo sempre tentare di comprendere i problemi fisici e psicologici del paziente mantenendo una valutazione il più possibile oggettiva, fondata sul giudizio imparziale e sull'osservazione attenta; in realtà, quando ci troviamo coinvolti in rapporti interpersonali così significativi, tendiamo a perdere il punto di vista strettamente professionale e ci scontriamo con gli aspetti soggettivi del nostro mondo interiore: le ambizioni reciproche, le fantasie, i bisogni, le opinioni, i pregiudizi, le paure...

Soprattutto nel contesto dell'Oncologia Pediatrica, di fronte a piccoli pazienti critici o senza possibilità di guarigione, si possono creare facilmente fantasie difensive che proteggono l'operatore dall'ansia di morte e d'impotenza. In questo modo ci si trova di fronte a profondi sensi di colpa, aspettative poco realistiche, rabbia e difficoltà nella comunicazione con il bambino e la famiglia. Si annega irrimediabilmente nel controtransfert.

Il concetto fu studiato inizialmente dagli psicoanalisti con una certa prudenza, in quanto occuparsi dei sentimenti era considerato poco scientifico. Questa visione era notevolmente influenzata dalla filosofia materialistica di fine '800, che dava validità solamente a dati misurabili e verificabili: la chiara impossibilità di misurare e verificare i sentimenti rendeva il problema di difficile analisi. A queste iniziali

difficoltà si aggiungeva un generale disinteresse per il mondo degli affetti, considerati non come parte del nostro lato più fragile e più umano, ma come sintomo di conflitti e turbamenti da mettere al bando per essere rimossi. Lo specchio neutrale posto di fronte ai pazienti costituiva in realtà un'intricata difesa, nata dal timore della perdita di specificità del proprio ruolo.

Emblematica la testimonianza di Searles in proposito: “Le prime volte che mi accorsi di provare dei sentimenti reaggi con grande angoscia, imbarazzo e sensi di colpa. Il tipo di formazione che avevo avuto faceva sì che io tendessi a considerare con un certo sospetto la presenza nell'analista di impulsi piuttosto intensi, e questo tipo di emozioni, in particolare, mi sembrava particolarmente illecito. L'osservazione del lavoro dei miei colleghi con i loro pazienti, attraverso la descrizione di casi nelle riunioni o durante colloqui informali o, in seguito, nel mio lavoro di supervisione, mi faceva supporre che i miei colleghi non fossero insensibili a questo tipo di sensazioni. Ma solo raramente qualcuno di loro ammetteva apertamente di averli provati; sicché io rimasi, fino a non molto tempo prima della stesura di questo articolo, in gran parte convinto di possedere una speciale inclinazione a strumentalizzare i miei pazienti in analisi per risolvere i miei personali conflitti edipici non risolti. E la letteratura psicoanalitica sembra, in generale, fatta apposta per aumentare anziché diminuire le preoccupazioni di chi scopre in sé sentimenti del genere verso il suo paziente” (Searles, 1959).

La testimonianza di Searles ci conferma come gli affetti siano stati additati per molto tempo alla stregua di conflitti strutturali dell'analista ed emarginati in quanto sintomo di meccanismo patologico; essi hanno subito un giudizio negativo insensato e dannoso, provocato da un disconoscimento collettivo all'epoca molto diffuso. Persino Freud, profondamente colpito dai risvolti del suo rapporto con una paziente di nome Irma, arrivò inizialmente alla conclusione che i fattori controtransferali fossero un grave ostacolo ed opacizzassero pericolosamente la capacità di osservazione

dell'analista, in quanto venivano messi in gioco conflitti e problemi non risolti del terapeuta.

Uno dei primi psichiatri ad accorgersi della reale importanza del controtransfert fu Ferenczi. Nel libro "Elasticità della tecnica psicoanalitica" (1928), egli analizza il concetto di empatia - "Einfühlung" -, che letteralmente significa "sentir-con" e indica la capacità di immedesimarsi con il paziente.

Il concetto di empatia sappiamo essere d'importanza fondamentale nella professione infermieristica: la novità portata da Ferenczi risiede però nel collegamento che egli crea fra empatia e controtransfert: una "realizzazione emotiva" si realizza solo grazie alla controtraslazione, che rende il rapporto empatico più ricco ed efficace.

Anche gli studi di Greenson a riguardo segnarono una tappa importante, da una parte perché questo autore fu uno dei primi a dare una definizione chiara di "controtransfert" e una possibile soluzione a reazioni troppo intense, dall'altra perché cercò di capire quanto e come poter utilizzare positivamente il controtransfert con i suoi pazienti. Per Greenson il termine indicava "tutte le reazioni traslative dell'analista verso il paziente", ma anche "tutte le reazioni traslative dell'analista verso le persone che hanno qualche relazione significativa con il paziente durante l'analisi, in quanto gli analisti sviluppano di fatto reazioni irrazionali verso il coniuge, i figli, gli amanti, i genitori e gli amici del paziente". In questo modo egli estese il concetto non solo allo stretto rapporto analista-paziente, ma anche al nucleo di affetti del paziente, dando così un nuovo input, un "trampolino di lancio", che avrebbe permesso in futuro di allargare le dinamiche controtransferali all'interno di ogni tipo di relazione d'aiuto.

Molti altri psichiatri si occuparono di analizzare il concetto: da Fromm a Searles, da Klein a Sullivan, tutti loro compresero progressivamente l'importanza di prendere coscienza dell'inevitabilità degli eventi affettivi dell'analista, al di là delle diverse soluzioni tecniche che ognuno di loro propose nel corso degli anni. Piuttosto che ripulirsi con trattamenti personali dalle scorie conflittuali irrazionali,

sostenevano che esse forniscono importanti informazioni sul rapporto con il paziente e che sono necessarie per una buona riuscita della terapia.

Oggi i concetti di transfert e controtransfert non sono più confinati esclusivamente nel mondo della psichiatria. In particolare la parola “controtransfert” si riferisce a tutti i sentimenti che gli operatori provano nei confronti degli utenti, dunque anche alle emozioni degli infermieri nei confronti dei pazienti. Questi sentimenti sono difficili da percepire e da controllare da una parte per la loro natura imprevedibile ed irrazionale, dall'altra perché nella nostra professione la formazione tradizionale ha sempre privilegiato il trattamento oggettivo dei problemi.

All'università insegnano il “problem-solving”, la compilazione di cartelle infermieristiche, l'analisi dei bisogni e l'attuazione degli interventi: conoscenze interessanti, fondamentali ed utili; ma quello che non si insegna è l'analisi dei sentimenti verso i pazienti e i perché della loro intensità, e quello di cui non si parla è la paura della sofferenza e la tristezza di certi giorni d'ospedale che iniziano con il sole e finiscono con notti più buie e silenziose delle altre.

In molte circostanze sono proprio i vissuti degli infermieri, prima ancora delle reali condizioni dei pazienti, a determinare la qualità dell'assistenza fornita; essere consapevoli del controtransfert e controllarlo adeguatamente potrebbe quindi portare ad una minor frequenza di burn-out e stress professionale.

Purtroppo accade frequentemente che quando le emozioni non vengono comprese ed occupano troppo spazio nei nostri pensieri, cerchiamo un angolo del nostro inconscio per rinchiuderle e metterle a tacere. Se poi aspetti controtransferali particolarmente difficili da gestire vengono ignorati o repressi, possono condurre al burn-out, sindrome che si manifesta con una sfiducia nelle proprie capacità o, al contrario, con eccessi di zelo e sentimenti di onnipotenza.

Il successo di un intervento terapeutico non dipende solo dalle capacità tecniche dell'operatore, ma anche dalla capacità di utilizzare

il rapporto con l'assistito per un lavoro di autoanalisi e di conoscenza di sé. In molti casi l'incontro con le dinamiche controtransferali può essere causa di incertezze e delusioni, ma queste difficoltà contribuiscono a rendere l'esperienza più ricca e donano un valore profondo ai legami personali di chi ogni giorno porta su di sé i ricordi e le sofferenze dei bambini malati.

Segnali d'allarme e meccanismi di difesa

Identificare le situazioni che ci imprigionano in sogni rivelatori e in anomali atteggiamenti preoccupanti è indispensabile per decifrare un controtransfert negativo.

Secondo la bibliografia esistente e secondo la mia esperienza personale, i primi segnali di un disagio percepito in Oncologia Pediatrica possono essere così riepilogati:

- provare reazioni emotive all'apparenza ingiustificate, violente e inusuali (sentirsi intensamente avviliti, deboli, lacerati, sconvolti, infastiditi);
- perdere la pazienza;
- sentirsi annoiati e sonnolenti;
- intervenire oltre il proprio orario di lavoro;
- concedere meno attenzioni ai bambini assistiti;
- discutere senza ragioni;
- evitare un bambino o un componente della sua famiglia;
- cercare di affidare l'assistenza del bambino ad un collega.

Quando si manifestano questi segnali d'allarme, generalmente dentro di noi sono già stati innescati dei meccanismi di difesa. Per comprendere il significato dei meccanismi di difesa occorre fare un passo indietro.

Nel 1899 Freud elaborò il *modello topografico della psiche*. Secondo questo modello, ogni persona era dotata di conscio, preconscio e inconscio. Il conscio era la parte consapevole dell'anima; il preconscio era quella parte della psiche in cui venivano riposti quei contenuti mentali che potevano essere portati facilmente alla coscienza; l'inconscio era quella parte in cui venivano ammassati contenuti mentali rimossi in quanto coscientemente inaccettabili. Nel 1922 Freud pubblicò "L'Io e l'Es": con questo libro egli introdusse un modello che sostituì il precedente, chiamato modello strutturale e tripartito in Io, Es e Super-Io:

- ✚ l'Io è l'aspetto conscio del modello strutturale; è l'organo esecutivo della psiche responsabile delle decisioni e dell'integrazione dei dati percettivi; una piccola parte dell'Io è inconscia e contiene i meccanismi difensivi necessari a contrastare le pulsioni dell'Es;
- ✚ l'Es è un'istanza intrapsichica totalmente inconscia tesa allo scarico della tensione istintuale, controllato sia dagli aspetti inconsci dell'Io che dal Super-Io;
- ✚ il Super-io è l'istanza che incorpora la coscienza morale e l'ideale dell'Io: la prima ordina ciò che l'uomo deve fare secondo i valori genitoriali e i valori sociali, la seconda ciò che l'uomo deve essere. E' in gran parte inconscia.

Quando ci troviamo di fronte ad una situazione depressiva, che si manifesta al momento in cui il pensiero si discosta nei fatti dalla realtà, abbiamo bisogno della *modulazione*, cioè della possibilità di produrre pensiero e dare senso; quando la modulazione non è più efficace, magari in corrispondenza di un evento deprimente e

traumatico al tempo stesso, i meccanismi di difesa “hanno la funzione di proteggere l’Io contro le richieste istintuali dell’ Es” (Freud, 1929).

Prendendo a modello la tabella di Genevay e Katz (1990) sugli aspetti controtransferali con gli utenti anziani, ho rielaborato comportamenti particolari e conseguenti meccanismi di difesa fra infermieri e pazienti dell’Oncologia Pediatrica.

Eccessiva identificazione e distorsione

Accade spesso che il bambino, già traumatizzato perché inserito in un contesto diverso da quello familiare, veda l’infermiere come una minaccia perenne alla sua tranquillità; manifestazioni dirette di questo disagio sono il pianto, la rabbia, il rancore e l’instabilità emotiva che mostra il bimbo quando vede l’infermiere entrare nella camera e violare il suo piccolo spazio privato.

L’espressività sofferente è tanto più marcata quanto più è piccolo e consapevole il paziente in questione. L’età critica è quella intorno ai due, tre anni: il piccolo riconosce la persona dell’infermiere, la sua divisa e il carrello, e ha la cognizione della minaccia che egli rappresenta per la sua tranquillità, già messa alla prova dalla malattia; di fronte al pianto convulso e alla mancanza di sorrisi del bimbo, per l’infermiere sarà molto facile sentirsi inadeguato, inutile, fallito, con rabbia e rancore latenti. Di conseguenza tenderà a mettere in atto due comportamenti:

- eccessiva identificazione: si sente in colpa per la sua rabbia, cerca un’eccessiva compensazione, lavora oltre il suo orario e perde obiettività;
- distorsione: trascura le paure e i bisogni del bambino, si aspetta troppo o troppo poco, descrive il bambino o i genitori peggio di quanto siano in realtà.

Le conseguenze di ambedue questi meccanismi vengono percepiti a livello inconscio dal bambino, il quale si difenderà a sua volta, esasperando gli iniziali sentimenti di rabbia e di instabilità emotiva e rifiutando con pianti inconsolabili ogni prestazione assistenziale da parte di quel infermiere.

Proiezione e razionalizzazione

Quando invece il bambino si mostra particolarmente indifeso di fronte alla malattia, o quando mostra una marcata dipendenza dalla madre associata ad espressioni di paura, panico, ansia e agitazione, sarà più facile per l'infermiere sentirsi impotente e inutile; la sua capacità di controllo diminuirà; di contro, aumenterà la sua latente paura dell'ignoto, della propria malattia, della sofferenza emotiva, della dipendenza e della morte. Di fronte a questi sentimenti, il suo Io tenderà a proteggerlo con due meccanismi difensivi:

- ▶ proiezione: incolpa la famiglia del bambino; diventa paternalistico nella comunicazione con i familiari; interpreta tutto come una crisi; struttura gli interventi troppo rigidamente; esagera o minimizza i problemi dei piccoli pazienti;
- ▶ razionalizzazione: nega la gravità dei problemi; "protegge" i familiari dalle effettive condizioni del piccolo "per il loro bene"; dà suggerimenti pratici quando si trova a dover affrontare i sentimenti di chi ha davanti.

In questo modo l'infermiere potrà esasperare le paure e il senso d'impotenza dei genitori, e il bimbo potrebbe non ricevere un livello appropriato di assistenza.

Negazione

Un altro aspetto deleterio per chi osserva la realtà dell'Oncologia, è la trasformazione che avviene nel piccolo a livello caratteriale, ancor prima che fisico. Bambini che fino a pochi giorni fa continuavano a ribellarsi a qualsiasi intervento, improvvisamente diventavano troppo buoni e troppo saggi rispetto all'età che hanno.

Sono come piccoli guerrieri di luce che si arrendono alla volontà altrui e alla malattia nemica. Questo comportamento viene spesso confuso con un buon spirito di accettazione, o come una forma di saggezza acquisita; eppure, se osserviamo meglio e cerchiamo di comprendere, dai loro occhi grandi trapela chiara la chiara rassegnazione e il terrore dell'ignoto.

In questa situazione l'infermiere si sente vulnerabile, disperato, distrutto, con tristezza e depressione latenti, arrivando nelle situazioni più gravi a pensieri di suicidio e al rifiuto della vita. L'unico meccanismo che potrà alleviare il suo stato d'animo sarà la negazione: egli inizierà ad evitare i problemi che generano sofferenza emotiva, non valuterà accuratamente le situazioni, negherà l'espressione dei sentimenti, eviterà le situazioni di lutto, sarà impaziente di uscire dalle stanze pur non avendo compiti urgenti da eseguire. In questo modo i familiari si sentiranno ancora più tristi, persi e vulnerabili; questi sentimenti negativi verranno trasferiti sul bimbo, che diventerà apatico, malinconico e scoraggiato.

Dislocazione affettiva e formazione di reazione

L'assistenza durante l'ultima fase della vita di un bambino è sicuramente difficile da accettare e da sopportare perché ci pone brutalmente di fronte alla nostra angoscia di morte; inoltre è molto facile rattristarsi nel vedere i piccoli pazienti confinati nelle camere, esiliati dalla loro vivacità perduta. Non sapendo rispondere ai perché

dei loro genitori e ai nostri perché personali, potremmo ritrovarci facilmente in preda alla disperazione, alla frustrazione, al disgusto della vita, ad un inappropriato e schiacciante senso di responsabilità. In questo caso i meccanismi difensivi che vengono attivati saranno due:

- dislocazione affettiva: trasferisce i suoi problemi sui familiari del bambino, trascura necessità o questioni pressanti, stabilisce da solo qual è il vero problema del bimbo, dialoga in maniera paternalistica;
- formazione di reazione: si comporta con falso ottimismo o appare completamente allegro, minimizza i sentimenti dei familiari e del bambino, si annoia, diventa apatico.

In questo modo il bambino e i familiari appariranno apatici, frustrati e cederanno allo sconforto.

Cosa possiamo fare?

Come possiamo acquisire consapevolezza dei sentimenti che tanto influenzano la nostra professione?

Nel 1973 Menninger e Holzman studiarono i modi in cui si manifestava il controtransfert nel corso della terapia psicoanalitica. Con le opportune modifiche, nel 1990 Genevay e Katz applicarono alcune modalità degli studi antecedenti alla relazione d'aiuto con il paziente anziano e la sua famiglia.

Ho rielaborato nuovamente tali modalità e le ho riadattate al contesto del reparto. I sintomi più frequenti che ho riscontrato sono:

- depressione o disagio durante o dopo il contatto con alcuni bambini o con i loro familiari;

- trascuratezza nel soddisfare le richieste dei familiari;
- sensazione frequente di stanchezza non riconducibile a problemi fisici o a particolari periodi di stress;
- inutile asprezza nel formulare commenti;
- profondo affetto verso un paziente, accompagnato da azioni che per altri pazienti non si farebbero;
- improvviso aumento o diminuzione di interesse per un determinato caso;
- critiche inopportune riguardo un piccolo paziente o un suo familiare.

Alla luce di queste considerazioni, Menninger e Holzman elaborarono anche dei validi suggerimenti pratici che ho riadattato agli operatori impegnati in contesti pediatrici.

Le riflessioni che potrebbero aiutare l'infermiere dell'Oncologia Pediatrica sono:

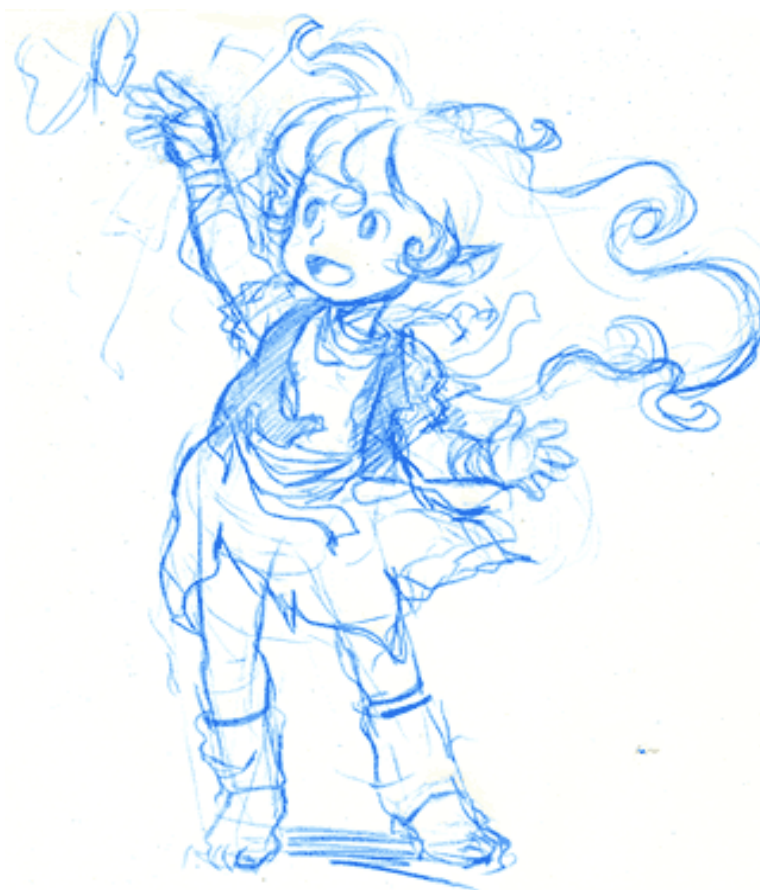
- ① essere consapevoli del controtransfert, considerarne vantaggi e svantaggi; riflettere concretamente sui sentimenti provati e su come hanno intralciato o aiutato il lavoro; se anziché negare riusciamo a gestire le nostre paure, non potremo che accrescere l'efficacia degli interventi assistenziali;
- ① tentare di capire i motivi della presenza di sentimenti negativi alla luce di ciò che ognuno conosce di sé stesso e delle proprie esperienze personali;
- ① quando si è consapevoli dei sentimenti controtransferali, cercare di comprendere cosa fa scattare quella determinata reazione. E' qualche dettaglio? Un atteggiamento? Una parola inopportuna? Una situazione già vissuta personalmente?

Occorre precisare che non sempre le reazioni di controtransfert possono essere associate a esperienze o problemi personali ed interpersonali dell'infermiere; a volte l'operatore può evocare una

risposta in rapporto al suo stato d'animo: se, ad esempio, una mamma comincia a piangere per la sorte incerta del figlio, non necessariamente la nostra tristezza sarà legata ai nostri vissuti.

Oltre all'osservazione di noi stessi, dovremmo poter avere uno spazio per confrontarci e per lavorare insieme sulle emozioni; ognuno di noi ha bisogno di umanizzare i sentimenti e di poterne parlare per capire che sono normali e che non siamo gli unici a provarli.

E' quindi importante che chi svolge una professione di aiuto possa contare su un gruppo di supporto professionale dove il controtransfert sia considerato come un processo terapeutico positivo, importante per crescere e per imparare. Lo stereotipo dell'operatore sempre forte ed efficiente andrebbe abbattuto insieme alla concezione, falsa e irrealistica, che il dolore per la situazione o la perdita di un piccolo paziente è un comportamento professionale da evitare. Non esistono modi giusti o sbagliati di affrontare una perdita; esistono piuttosto modi soggettivi per affrontare dolori indicibili.



Bibliografia

M. Gorkin, H. F. Searles, R. R. Greenson, *I sentimenti del terapeuta*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.

B. Genevay, R. S. Katz, *Le emozioni degli operatori nella relazione d'aiuto*, Erickson, Trento 1994.

M. F. Collière, *Aiutare a vivere*, Edizioni Sorbona, Milano 1992.

D. A. Nesci, T. A. Poliseno, *Metamorfosi e Cancro – Studi di Psico Oncologia*, Società Editrice Universo, Roma 1997.

M. Nucchi, *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*, Sorbona, Milano 1995.

P. Daco *L'interpretazione dei sogni*, Sansoni, Firenze 1980.

G. Biondi, A. Rossi, A. Donfrancesco *La comunicazione con il bambino oncologico*, *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, n° 43, Roma 2001.

F. Caretta, M. Petrini, *Riverberazione dei problemi etici nel lutto*, *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, n° 43, Roma 2001.