

La Relazione di Aiuto 1: psicologia del malato, conoscenza di sé e psico-dinamiche del volontario.

Padre Edoardo Gavotti,
Ministri degli Infermi

Il nostro ragionamento di stasera ruota attorno ad alcune domande:

- ☐ siamo persone capaci di stare in relazione, s'intende relazione matura, autentica...?
- ☐ siamo informati del particolare vissuto di chi vive lo stato di malattia?
- ☐ siamo a contatto - consapevoli del loro accadere - con le nostre emozioni e reazioni interiori?
- ☐ quali trappole possono scattare nella relazione asimmetrica col malato?

Va da sé che ci dovremo accontentare di dare dei flash più che approfondire tutti questi temi, i quali richiederebbero ben altro che lo spazio di una serata.

Quanto diremo, inoltre, è una sorta di premessa a quanto affronterete nella seconda parte della relazione d'aiuto, che entrerà nel merito della natura e della metodologia dell'aiuto relazionale.

1. Il ruolo del volontario.

Partiamo dalla funzione specifica del volontario. Che ci fa lì in un reparto di così alta specializzazione? Cosa ha di suo da dare o da dire che non sia in qualche modo già offerto da altre figure dell'organico sanitario?

C'è una parola che transita da qualche decennio nel mondo della salute, così segnato dal progresso tecnologico e scientifico, come una necessità o una denuncia: *umanizzazione*. L'alta specializzazione cui è pervenuta la medicina ha portato con sé il rischio – e spesso purtroppo la realtà – dell'allontanamento del medico dalla persona del malato in quanto persona. La lastra, i valori degli esami, i segnali dei monitor dicono tutto quel che c'è da sapere, e ben poco valgono le percezioni, le letture, le interpretazioni, i bisogni generali del paziente, che il medico sovente considera con senso di fastidio professionale. Tutto questo vissuto soggettivo, per lui, non ha rilevanza ai fini della soluzione dei problemi sanitari. Esagerando, si potrebbe chiosare che, se egli potesse disarticolare il corpo-macchina da tutto l'apparato psicologico e morale, lavorerebbe con molta più tranquillità (è come se il meccanico nel sistemare la vostra auto avesse sempre lì davanti voi che lo osservate e volete dare suggerimenti!).

Ecco qual è lo spazio specifico – oserei dire “professionale” – del volontario: essere presenza di una persona davanti ad una persona. Il suo strumento diagnostico è l'orecchio e il cuore. La sua medicina la parola che lenisce la sofferenza. Il suo obiettivo mettere il malato al centro.

Parlare di *relazione d'aiuto* è affermare tutto questo, è credere – ma credere veramente – che la mia persona, nella sua nudità ed autenticità, nel suo essere presenza è per l'altro medicina. Se per i sanitari “avere qualcosa da fare” è un ottimo pretesto per non soffermarsi ad ascoltare, per il volontario vale esattamente l'inverso: lui è lì “per non fare niente”.

Ma, di quale niente parliamo? Lì sta il segreto. Non avere niente da *dare* in termini tecnici richiede una notevole capacità di *darsi* in termini personali. Chi sono io che sto qui davanti a te? perché sono venuto a visitarti se nemmeno ti conosco? come potrò esserti di qualche utilità?

Diciamolo: in una cultura efficientista come lo è diventata la nostra, non è una sfida da poco credere ancora che si possa “perdere del tempo”, che si possa “avere a cuore un estraneo”!

La *conoscenza di se stesso* per un volontario a mio avviso deve partire da questa ricognizione all'interno del proprio mondo valoriale, per un esame onesto con se stessi e le proprie aspettative: perché in realtà voglio interessarmi di altri che non siano miei famigliari o conoscenti? Cosa sto investendo di me in una simile esperienza? Quale immagine di me coltivo nel momento in cui io sto, sano, davanti all'altro che è malato? Lo dico con una battuta un po' sadica: io cappellano non mi sento così sano come quando sono davanti a un disgraziato che non può muoversi né respirare! Capite cosa intendo? Nella relazione sono davvero in gioco io, così come sono. Io davanti al tu dell'altro. Quali dinamiche possono scattare in questa relazione di per sé asimmetrica fra me che sono sano (o presunto tale) e l'altro che è malato (ma non è solo un malato)?

Per rispondere andiamo a vedere cosa accade al malato e come noi potremmo “reagire” al suo comportamento. [Mi avvalgo del contributo di tre psicologi che mi hanno preceduto nei corsi-base su questo tema: Luciano Sandrin, Attilio Bergamini e Marina Ricci.]

2. I bisogni del malato.

2.1. La persona e i suoi bisogni. Vivere implica la percezione di una vasta gamma di bisogni, la cui varietà e intensità è legata alla natura dell'essere vivente e alla situazione vitale in cui si trova. Maslow presenta una scala articolata di bisogni della persona umana, bisogni originati dalla peculiarità dell'uomo che è una unità costituita nella dualità corpo-spirito. Per questo egli vive e sperimenta dimensioni che differiscono per qualità: biologica, psico-emotiva, psico-sociale, intellettuale e spirituale. Ognuna di queste aree contengono una serie di bisogni percepiti dal soggetto e che in modo più o meno forte chiedono adeguata soddisfazione.

Maslow dà una sorta di classificazione a questi bisogni secondo un criterio che possiamo chiamare di “impellenza”. Egli ritiene d'aver individuato tale scala e così la presenta. Ecco la gerarchia dei bisogni:

- a) *fisiologici*: respirare, nutrirsi, dormire, difendere la salute e il benessere fisico...
- b) *di sicurezza*: ricerca di familiarità e stabilità, di protezione contro pericoli, di previsione e programmazione del futuro...
- c) *d'appartenenza e amore*: avere un posto nel gruppo e nella società, affiliazione, affetto, riconoscimento sociale, relazioni...
- d) *di stima*: essere considerati ed apprezzati, avere qualità e competenze, ottenere successo, avvertire la propria unicità...
- e) *di realizzazione*: poter diventare ciò che ci si sente capaci di diventare, trovare il senso delle cose, ottemperare ai propri compiti e doveri...

Questi bisogni l'individuo se li porta dentro sempre, ma in talune situazioni essi si fanno particolarmente vivi in ragione del fatto che sono trascurati, o per la situazione in sé o per negligenza. In questo caso l'individuo sperimenta uno stato di frustrazione.

2.2. I bisogni del malato. Una delle situazioni più frustranti per la persona è quella della malattia perché tutto il mondo della propria esistenza viene messo in discussione. Non c'è pertanto malattia che non abbia anche un riflesso psichico. Con tutti i distinguo del caso, la *scala di Maslow* si è rivelata utile per comprendere quali siano le esigenze del malato e perché malattia e ospedalizzazione siano tra le più importanti cause di frustrazione.

a) *Bisogni fisiologici.* È abbastanza evidente come in primo piano ci sia la frustrazione di questi bisogni primari, i quali se restano insoddisfatti mettono per così dire in ombra gli altri bisogni più specificamente umani. Riferiti al malato si tratta di:

- un'alimentazione congrua per quantità e qualità (com'è il cibo dell'ospedale: saporito, caldo...?);
- un comodo letto e un ambiente che assicuri il riposo (quanti disturbi ci sono in corsia e di notte?);
- potersi muovere fisicamente;
- servizi igienici raggiungibili e decenti (quando è alettato, quanto deve attendere per certi bisogni corporali?);
- non provare dolore fisico o il freddo (certe finestre aperte e la corrente d'aria!)

Nel soddisfacimento di molti di questi bisogni il paziente dipende dagli altri perché ha perso in tutto o in parte l'autonomia.

b) *Bisogni di sicurezza.* In ospedale aleggia lo spettro del dolore fisico e della morte. La malattia fa crollare le sicurezze fondate sul fatto di poter disporre del nostro corpo come e quando vogliamo. Ora è venuto meno proprio questo basile alleato. Questo stato di insicurezza viene accentuato dalla novità dell'universo ospedaliero e dalla scarsa conoscenza delle sue regole, dalla difficoltà ad inquadrare le diverse figure di operatori che si avvicinano attorno al letto, dalla separazione della cortina protettiva della famiglia. Il paziente ha bisogno di trovare attorno a sé riferimenti affidabili e garanzie di presa in carico. Il ritardo di un esame o la carenza di spiegazioni non fanno che accentuare l'ansia. Malati e parenti particolarmente ansiosi tendono a soddisfare questo bisogno di sicurezza attraverso la pratica delle raccomandazioni o delle mance.

c) *Bisogno di partecipazione e d'amore.* Il bisogno d'essere accettato ed amato, che nella vita di tutti i giorni viene soddisfatto dai familiari e dagli amici, dal sentirsi nel proprio territorio e tra i colleghi, si accentua nella situazione di malattia e di ospedalizzazione per l'isolamento relazionale e sociale del ricovero. In questo ambiente tendenzialmente anonimo e freddo il paziente non riceve le testimonianze di interessamento e di affetto cui è abituato.

Come reazione può essere che il malato identifichi il medico con la figura protettiva del padre e l'infermiera con quella tenera della madre. Se non che gli operatori sanitari - presi dagli aspetti tecnici o dai ritmi incalzanti del lavoro - non sono generalmente disposti a corrispondere a questo bisogno. Oppure qualcuno lo fa sì, ma con un fare paternalistico che fissa il paziente in una posizione infantile e lo frustra nel bisogno di stima. In risposta a questo bisogno a volte nasce solidarietà e amicizia fra gli stessi degenti, amicizie che ci si ripromette di continuare dopo la dimissione.

d) *Bisogno di stima.* Il malato fa esperienza dei propri limiti e d'essere un comune mortale. Lo stato di malattia manda a picco le sue quotazioni in borsa ed è una ferita all'immagine di sé, a maggior ragione alla luce della competitività ed efficientismo del mondo odierno, che discredita per chi è di peso alla società. Ora, quanto ad attestazioni di stima, in ospedale non è che il paziente ne riceva molte. Lo si chiama a volte col nome storpiato se non col numero del letto. Persone che fino ad ieri egli non conosceva lo trattano bruscamente e magari gli danno pure del "tu". La privacy è una pura utopia essendo sostanzialmente in piazza (chiunque passa dà una sbirciata in stanza); alcuni esami fisici intimi sono fatti in presenza di altri malati. Se a casa sua, al lavoro, in città aveva un suo ruolo e prestigio, ora è semplicemente un individuo "impigliato" e un po' ridicolo.

e) *Bisogno di realizzazione.* Il bisogno di realizzazione è certo il più alto dal punto di vista umano, e potremmo definirlo come il forte desiderio di fare ciò che si è adatti a fare, di tradurre in realtà le proprie attitudini. La malattia invece ostacola questo, perché è vissuta come diminuzione della propria personalità e perdita di molte opportunità. La tendenza all'ospedalizzazione e alla tecnologia rende addirittura arduo il tentativo di saldare l'esperienza della malattia al senso globale della propria vita, conferendole il significato di crescita. In se stessa, infatti, la malattia potrebbe addirittura svolgere la funzione di predella di lancio per "volare ancora più alto" nell'area della

trascendenza e dei valori, ma siffatto mondo non trova molto ascolto nell'organizzazione generale dell'impianto sanitario/assistenziale.

3. Le psico-dinamiche nella relazione paziente/volontario.

Proprio perché l'evento della malattia esige dall'uomo la mobilitazione generale delle sue risorse vitali, ne rivela con evidenza l'organizzazione, la forza e la debolezza. Cento persone colpite dalla stessa malattia presentano altrettanti modi di fronteggiarla. Non c'è da meravigliarsi pertanto se i singoli malati, pur vivendo la medesima situazione, differiscono nel modo di percepirla e di reagire. Questo va tenuto in gran conto dal volontario per non cadere nell'omologazione.

3.1. Le reazioni del malato.

La malattia è un'esperienza a tutto campo e dissociare le modificazioni che si manifestano sul piano biologico da quelle psicologiche, con non poche conseguenze a livello sociale, sarebbe fuorviante. La malattia interrompe e disorganizza l'abituale ritmo di vita, mette in crisi i rapporti con il proprio corpo e con il mondo; fa perdere posizioni professionali e familiari, pone domande forti sulla propria vita. La persona ammalata vive quindi una specie di disorientamento della propria identità, ha la strana sensazione di non sapere più chi è.

Il vissuto di malattia (cioè l'*idea* che l'ammalato se ne fa e le *emozioni* che essa scatena) si esprime diversamente nei vari individui e dipende da tutta una serie di elementi: *tipo* e gravità della malattia, il *modo* e il *momento* in cui si manifesta, la sua *durata*, la *personalità* del malato, la sua *età* e le sue precedenti *esperienze*, le risorse della *famiglia* e dell'*ambiente*. [Può capitare allora che malattie non particolarmente gravi suscitino reazioni emotive piuttosto forti, mentre malattie molto serie lascino il malato sereno.]

Il *significato* che l'individuo dà agli eventi legati alla malattia, in relazione al proprio benessere e alla propria stessa vita, ha un posto centrale nella nascita e tipologia delle emozioni. Sono tanti i significati che la malattia può assumere per la singola persona, tuttavia ce ne sono alcuni che sono condivisi da molti malati, se non da tutti. La malattia è valutata e vissuta un po' da tutti come *pericolo*, *ostacolo* e *perdita*. E questo scatena emozioni che hanno a che fare con la paura, la collera e la tristezza.

a) *Sentirsi in pericolo (paura!)*. Tutti i fattori di insicurezza del paziente - malattia, la novità dell'ambiente ospedaliero, l'intervento diagnostici e medici, dolore vero o temuto, l'ignoto dell'anestesia - rappresentano minacce importanti per l'equilibrio psichico dell'individuo. Sono in pericolo la sua vita e la sua integrità fisica, e viene evocato il fantasma della morte.

L'emozione che si prova di fronte al pericolo è la *paura*. A volte è una preoccupazione ragionevole che spinge a collaborare coi sanitari, altre volte è una vera e propria angoscia che paralizza e disorganizza gli abituali modi di comportarsi. Molti pazienti hanno la sensazione di aver perso il controllo della situazione.

Molta ansia se ne va se il paziente può parlare delle proprie paure e se lo si informa in modo adeguato sui vari aspetti della sua malattia. Tutto questo, sovente, è purtroppo ritenuto di secondaria importanza da parte di chi lo cura.

b) *La tristezza della perdita (depressione!)*.

La malattia comporta tutta una serie di perdite e la reazione emotiva che ne consegue prende i colori della *tristezza* e della *depressione*. Il malato ha la consapevolezza di perdere tanti "oggetti d'amore" ai quali è molto legato e che per lui sono molto importanti: la salute, l'ambiente di vita, le relazioni abituali, il lavoro, la propria immagine, una parte del proprio corpo e delle proprie funzioni... A volte c'è in lui l'*idea* che tutto sia finito, l'*idea* che anche il bene più prezioso, la vita, gli stia sfuggendo di mano. Perciò si abbatte e si deprime.

I segni della depressione sono più marcati nelle malattie croniche, invalidanti o letali. A volte la depressione è leggera e si manifesta con una certa tristezza e malinconia, con una forma di disinteresse e indifferenza verso gli altri, o un vero e proprio isolamento dal mondo esterno. Altre volte è più accentuata e si manifesta con pianto e forti sensi di colpa per comportamenti del passato. E tutto questo può portare ad assumere un atteggiamento passivo che impedisce di aderire nel modo migliore alla terapia. Questo avviene soprattutto quando avverte di non avere motivi o possibilità di vita, di non essere in grado di affrontare i diversi problemi che man mano sorgono, e crede di non poter chiedere né ricevere aiuto dall'ambiente e dalle persone che gli stanno attorno.

c) *Un «alt!» improvviso (la rabbia!).*

La malattia ostacola, in modo più o meno grave, desideri e progetti e rende più difficoltosa la soddisfazione dei propri bisogni, da quelli più elementari, a livello biologico, a quelli più alti, a livello affettivo e di realizzazione delle proprie capacità. Il soggetto malato e ospedalizzato si sente in trappola, ostacolato e perciò frustrato.

La malattia è un «alt» improvviso nel percorso di vita, un muro che impedisce non solo di camminare, ma anche di guardare oltre. L'emozione che più frequentemente ne deriva è certamente la collera, che si manifesta con tutta una serie di comportamenti aggressivi.

I bersagli sono quelli più immediati e più facili: gli operatori sanitari, i familiari, che in questo caso diventano veri e propri capri espiatori: «cuscini» sui quali il malato scarica la propria delusione e la propria collera.

d) *Quei comportamenti strani (i “meccanismi di difesa”).*

Il vissuto di malattia, nella misura in cui viene avvertito come pesante per il paziente, può indurre a certi comportamenti di appaiono insoliti per l'individuo, magari un po' infantili, a volte del tutto inopportuni. Essi ci dicono che egli sta cercando in qualche modo di fare fronte al problema ricorrendo a quelli che in psicologia sono stati chiamati “meccanismi di difesa”. Difesa da che cosa? Da una condizione troppo ansiogena.

Si tenga presente che tali difese le usiamo un po' tutti nella giornata. Dobbiamo immaginare queste difese come il funzionamento dell'occhio: meno c'è luce e più la pupilla si dilata, più la luce è abbagliante e più si restringe. È una forma di chiusura (parziale o totale) alla verità “scomoda”: più essa si presenta insostenibile, più i meccanismi hanno un carattere primitivo. La malattia è il luogo propizio dove l'individuo mette in atto una serie di difese, le quali vanno ben comprese perché hanno la loro *utilità*. Ne prendiamo in esame alcuni più eclatanti.

□ *L'aggressività*

Ci sono persone che nella malattia sembrano cambiare carattere, diventano diffidenti e intrattabili, mai soddisfatti delle cure, se la prendono coi familiari, rifiutano le cure, diventano aggressivi ed antipatici. A volte l'atteggiamento è quello della vittima, di chi sembra dire: “Ce l'hanno tutti con me!” In questo caso c'è una dinamica sottile per cui l'aggressività viene proiettata sugli altri, per cui sono gli altri, alla fine, gli aggressori. In tal modo il malato agisce in modo irritante e sospettoso con le persone che lo circondano. Le accusa di averlo abbandonato o d'essere incompetenti. In forme gravi si può giungere ad un vero delirio di persecuzione.

Cosa sta accadendo? Il malato si sente ferito ed aggredito (dalla malattia) e passa al contrattacco. Questo meccanismo ha una sua funzione positiva: il malato tiene lontana l'ansia scatenata dalla malattia e può così scaricare la tensione, ma al prezzo di un rapporto molto disturbato con le persone che lo circondano e lo curano.

All'aggressività del malato viene spontaneo rispondere in modo aggressivo, ma così facendo si entra in un circolo vizioso, perché l'aggressività genera altra aggressività, e non si fa che aggravare il disagio ed i problemi del malato.

□ *La regressione*

Essa consiste nella ripresa di un comportamento infantile per fuggire una frustrazione della realtà attuale: di fronte ad emozioni, conflitti e difficoltà troppo forti, l'individuo tende a ritornare su posizioni già collaudate e ritenute perciò più protettive. [Un esempio classico di regressione: il bambino riprende a fare la pipì a letto in coincidenza con la nascita del fratellino o con l'inizio della scuola...]

Così accade al malato: di fronte alla malattia, fa capire che non ce la fa a tenere il passo. Il suo rapporto con chi lo assiste ricalca quello del bambino coi genitori: egli si mette nelle mani del medico "padre onnipotente" e dell'infermiera "buona madre", sia per quanto riguarda le proprie decisioni, sia per la soddisfazione delle esigenze più elementari, cercando così di compensare le ferite della malattia con le attenzioni e sollecitudini degli altri.

Egli è portato ad assumere un atteggiamento infantile ed egoistico: perde interesse per persone e cose non direttamente connesse alle sue cure, si spazientisce facilmente se è frustrato, reclama attenzione sempre maggiore dagli altri. Il suo orizzonte diventa il piccolo mondo che lo attornia. I sintomi e le funzioni del suo corpo riacquistano l'importanza che avevano nella prima infanzia. La regressione parla un linguaggio chiaro: "La malattia mi ha reso un bambino indifeso: occupatevi di me!"

La regressione è un meccanismo psicologico normale se non è esagerato e duraturo. All'inizio favorisce la cooperazione col personale sanitario ma se persiste complica la degenza ed ostacola la riassunzione dei propri ruoli. Essa, quindi, va mantenuta non più a lungo del necessario.

Certi malati, infatti, si fissano su posizioni di questo tipo perché ottengono vantaggi. Esistono problematiche ambientali o relazionali irrisolte cui la malattia dà modo di fuggire senza essere per questo biasimati. Così il malato non si impegna in quelle azioni che ne facilitano la guarigione. Il malato fissato fortemente a questa fase avrà l'aria del bambino viziato ("tiranno domestico"), che rende "schiavi" i suoi familiari.

La risposta terapeutica di chi assiste queste persone richiede una buona dose di maturità, per non incorrere nei due estremi opposti della rigidità da una parte e dell'ansia protettiva dall'altra.

□ *La negazione*

Consiste nel negare la realtà di un fatto doloroso o ansiogeno, nell'escluderne inconsciamente un aspetto disturbante o nell'incapacità di riconoscerne il vero significato. È il rifiuto di accettare le cose così come sono, e questo non è raro nel corso della vita.

Può essere piuttosto *massiccia* e la si riscontra più facilmente in malattie gravi o in soggetti incapaci a modificare la propria "immagine". A volte questa negazione è *parziale*: il malato, pur accettando la malattia e le sue conseguenze, tuttavia agisce come se certi comportamenti non avessero niente a che fare con la malattia. Es. il diabetico che si concede deroghe alla dieta; il cardiaco tiene ritmi di vita stressanti. È chiaro che in questi casi il paziente minimizza la gravità della sua malattia.

È estremamente importante che chi si occupa di questi malati sia in grado di riconoscere tale atteggiamento difensivo, poiché da questo dipende la fedeltà alle terapie prescritte.

La negazione è un fenomeno piuttosto frequente nel malato canceroso, che a volte arriva ad equivocare le informazioni ricevute sul suo stato.

Come altre reazioni psicologiche, anche questa può essere utile di fronte all'impatto fisico e psichico della malattia, in quanto impediscono che l'individuo sia sopraffatto dall'ansia e da altre emozioni negative. È come se il paziente dettasse i tempi dell'informazione da somministrargli circa il suo stato. Senza arrivare a dire menzogne, va rispettato questo comportamento difensivo del paziente.

3.2. L'adeguata conoscenza di sé del volontario.

Se la relazione d'aiuto deve portare l'individuo a crescere come persona, è indispensabile che l'aiutante faccia della propria persona lo strumento terapeutico per eccellenza. Aiutare non è un

passatempo ma il tessuto stesso della vita dell'aiutante, liberata e perciò sanante. I *segni di maturità e di integrazione* personale si potrebbero così indicare: esplorazione del vissuto, comprensione dei comportamenti, attenzione e risposta corretta ai bisogni, superamento dell'egocentrismo, serenità, accettazione della realtà, autonomia e autenticità, rispetto dei valori, etc. Il volontario maturo è una persona che sa orientarsi e capire dove è, dove intende andare, come e perché.

Per raggiungere un'adeguata consapevolezza di sé, sono utili alcune chiavi di lettura della personalità: le dimensioni della persona, la motivazione, le "ombre", la personalità.

a) La persona umana va considerata nelle sue *dimensioni* fondamentali, riassumibili in quelle: corporea, emotiva, intellettuale, sociale e spirituale. Esse interagiscono l'una con l'altra, anche se non è detto che siano armonicamente integrate tra loro. Il volontario ha in mano se stesso? Può dire con serenità: "Mi sento una persona ricca dentro ed equilibrata"?

b) Il comportamento dell'individuo è determinato da una *motivazione* complessa che di solito è un compromesso tra bisogni e valori. Se i bisogni sono energie necessarie allo sviluppo della persona (Cf la "Scala di Maslow"), i valori sono realtà ideali che la orientano nell'atto di soddisfare i bisogni. Il soggetto tende a credere, erroneamente ed ingenuamente, di agire soprattutto in quanto trasportato dai valori. Questo sarebbe auspicabile, ma è frutto di uno sviluppo nella maturità morale. Una domanda che l'aspirante volontario non può non farsi è: "Perché intendo fare volontariato?"

c) Il volontario non sarà mai persona libera ed autentica fino a che non si misura con le proprie "ombre", cioè con tutte quelle pulsioni, paure o ferite che costituiscono come dei buchi neri nella sua parte più interiore. Occorre saper abbracciare il proprio drago, riconoscerlo, accettarlo e integrarlo nella vita dandogli un significato. E qui il volontario non può non domandarsi: "Che rapporto ho con la sofferenza, il dolore, il male... la morte?"

d) Ognuno porta nell'azione di volontariato la propria *personalità*. Essa è una tendenza a pensare, sentire, reagire alla realtà con modalità consolidate dall'abitudine. Essa sottintende una certa immagine di sé (il buono, il perfetto, il saggio, il generoso...) ed implica uno stile relazionale (dominatore o remissivo, rigido o flessibile, attento alle relazioni o al ruolo...). Di per sé non esiste una personalità migliore di un'altra, perché ogni tendenza reca con sé qualità e difetti, virtù e vizi: esiste sempre l'altra faccia della medaglia. Ogni volontario dovrebbe conoscere almeno gli aspetti più macroscopici della propria personalità, alla luce dell'esperienza e delle osservazioni ricevute dagli altri.

Conclusione. Solo una persona genuina ed autentica (non basta che sia sincera!) potrà stabilire, con la persona bisognosa d'aiuto e sostegno morale, una relazione personale all'insegna dell'efficacia più che non dell'efficienza.

3.3. Le trappole della relazione asimmetrica malato/volontario.

Qui si tratta solo di tirare le fila di tutta l'esposizione finora fatta.

a) Nel soddisfacimento di molti bisogni fisiologici il paziente dipende dagli altri perché ha perso in tutto o in parte l'*autonomia*. Ora, tutta la nostra vita nel suo procedere non è altro che un graduale inarrestabile movimento di decentramento e crescita dell'autonomia. Non è facile accettare di ritornare indietro – anche se temporaneamente – e dover riconoscere la nostra sostanziale dipendenza dagli altri (che di per sé è un fatto incontrovertibile, ma noi ci muoviamo e pensiamo come se non fosse così!).

Non è facile dover chiedere, soprattutto se hai il timore che l'altro non sia disponibile a dare con gratuità, se temi che le tue richieste siano mal sopportate. Cf. il fenomeno delle mance! Allora possono scattare da parte del malato atteggiamenti manipolatori ora di seduzione (rendersi

simpatico, dare mance), ora di colpevolizzazione (autocommiserazione, chiusura), ora di depressione (inazione, scoraggiamento), ora di fastidio e di aggressività (lamenti, pretendere rispetto dei propri diritti...).

Questi atteggiamenti inautentici provocano - nel volontario che non li sa discernere - dei contraccolpi emotivi per cui egli può cadere nel gioco della seduzione (avvertire attrazione) o della manipolazione (avere sensi di colpa) o della depressione (avvertire senso di impotenza) e dell'aggressività (sentirsi ferito, giudicato, difendere se o altre istituzioni...).

Non è scritto da nessuna parte che l'azione di volontariato sia qualcosa di sereno e positivo per tutti.

b) Ai *timori* del paziente circa la diagnosi del proprio stato – e spesso il malato teme la trama del silenzio attorno al suo capezzale! - il volontario potrebbe essere tentato di dare rassicurazioni generiche e superficiali, cose che non spettano a lui. Attenzione ai “tranelli” tesi al volontario per carpire se la sua malattia è grave!

c) Al *bisogno di affetto* del paziente il volontario potrebbe dare eccessiva importanza alle sue attestazioni di stima, calore, riconoscenza... Ad un fenomeno di transfer (di trasferisce su terze persone sentimenti che si hanno con familiari e conoscenti) si potrebbe rispondere con il controtransfer (alla simpatia si risponde con la simpatia, all'antipatia con l'antipatia etc.). Certi malati possono diventare molto esigenti nei confronti del volontario fino ad accaparrarselo in nome di una vera amicizia. Il volontario sulle prime può sentirsi gratificato, ma alla lunga avverte il peso di certe relazioni.

d) Al bisogno ferito della *stima* il paziente può diventare logorroico nell'ostentare i propri successi, la propria posizione sociale, i meriti, le conoscenze alte. Magari paradossalmente avverte il bisogno di ostentare anche la propria vigoria e salute mai incrinata finora! È come se stesse dicendo a chi gli sta di fronte: guarda che tu mi vedi qui ora nel letto, ma non credere che tu sia più in gamba di me. Insomma, vorrebbe smentire la palese condizione di rapporto asimmetrico. Il volontario deve badare a non cadere nella trappola dei confronti e neppure in quella della negazione, nell'intimo convincimento che la nostra dignità non dipende dalle nostre prestazioni. Anche il volontario può essere infatti provocato nella sua stima e avere il bisogno di mostrare la sua bravura.

e) Al senso di *smarrimento esistenziale* il volontario, infine, potrebbe sentirsi in dovere di “far quadrare il cerchio” e di fornire, lui, le risposte alle domande sul senso dell'evento morboso che è capitato. Potrebbe sentirsi in dovere di fornire risposte attingendo ora alla saggezza popolare ora alla letteratura ora alla religione. Il rischio che sta alla porta del “volontario predicatore” è quello di saltare certi passaggi necessari nell'accettazione del proprio stato. Non basta la bontà di certe conoscenze e verità metafisiche: ci sono tempi e modi da rispettare. Ma su questo si diventerà a dirvi qualcosa chi ha la commissione della Relazione di Aiuto 2.

Il volontario maturo e integrato:

non si sente in colpa di essere sano; non va a cercare compensazioni in corsia; non sente diretta davvero a se stesso l'aggressività del malato ma neppure il suo affetto; non si illude di essere esente da malattie; non teme di chiamare le cose col loro nome; non fa battaglia con l'orologio ma neppure coi tempi degli altri; sa con-soffrire ma anche con-gioire anche nell'arco dello stesso colloquio. Soprattutto, sa di essere perfettamente... inutile.

