



## IL COUNSELING: LA RELAZIONE CHE AIUTA

Paolo Giovanni Monformoso<sup>®</sup>

*“Tutti gli esseri umani vogliono sicurezza (cibo, vestito e riparo) e desiderano amore e approvazione; essi bramano anche varietà, avventura, progresso compreso l'apprendimento, e, in vario grado, cercano un bene ultimo, la forza etica che l'uomo vede in Dio o nella sua religione.*

*Molti operatori della salute, in tutte le età, hanno notato la difficoltà o addirittura l'impossibilità di separare le attività che riguardano la salute dal modello totale di vita.*

*Una attività per la salute che ignori qualcuno dei bisogni fondamentali lotta contro natura, una forza indomabile, una alleata incomparabile.*

*Perciò il piano di assistenza deve essere fatto riconoscendo che la persona in cura tende costantemente alla sicurezza, approvazione, amore, avventura, istruzione e a un rinnovamento della sua fede in Dio o in un principio etico universale.*

*Gli operatori sanitari non possono rispondere a tutti questi bisogni del paziente, ma possono aiutarlo a creare condizioni o a impostare un piano che renda possibile la soddisfazione di queste esigenze.*

*Un malato soffre non tanto per la malattia quanto per la minaccia che ne deriva alla sua sicurezza economica, ai suoi rapporti con gli altri, alle sue attività che danno varietà e piacere alla vita. La malattia può anche minacciare la fede del paziente nella bontà ultima della vita; egli non può credere in un Dio che permetta che accadano cose così terribili. Possono credere di aver perso il favore di Dio e considerare la malattia una punizione.*

*Perciò il piano di assistenza deve essere fatto riconoscendo che la persona in cura tende costantemente alla sicurezza, approvazione, amore, avventura, istruzione e a un rinnovamento della sua fede in Dio o in un principio etico universale.”*

*(HENDERSON V., NITE G. Principles and Practice of Caring, sixth edition, Macmillan Publishing Co., INC., New York, 1978)*

### IL COUNSELING

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il Counseling come un processo estremamente focalizzato, limitato nel tempo e specifico. Tramite il dialogo e l'interazione personale, aiuta gli individui a risolvere o gestire problemi e a rispondere, nel modo più ragionevole e possibile per le capacità e possibilità di ciascuno, a forme di disagio ed a bisogni psicosociali.

Il Counseling è uno strumento principe per permettere che vengano attivate le strategie personali di Coping, cioè gli adattamenti che consentono di far fronte alle situazioni di disagio nella vita

Dal punto di vista sanitario ed assistenziale il Counseling, pur non costituendo una pratica psicoterapeutica, rappresenta una valida relazione di aiuto che caratterizza la diade operatore-sofferente, e consiste in un processo di comunicazione (verbale e non-verbale) mediante il quale l'operatore entra in empatia nel mondo di chi vive il disagio, sia questo di natura fisica, psicologica, relazionale o esistenziale. Attraverso l'empatia l'operatore può interferire strategicamente nella mentalità dell'aiutato e nei suoi meccanismi decisionali, allo scopo di aiutarlo a sviluppare motivazioni, risorse personali e comportamenti adattivi che siano funzionali al suo benessere psicofisico.

Gli obiettivi di questo scambio comunicativo sono sintetizzabili dunque nella prevenzione e nel coping di malattie e disturbi psichici o funzionali, nelle situazioni esistenziali di disagio, mediante la decisione e l'attuazione di comportamento idonei.

Da soli o aiutati.

Il Counseling è un processo in cui gli individui sono aiutati a definire obiettivi, prendere decisioni, risolvere problemi in rapporto a difficoltà personali, sociali, educative e/o di lavoro. Scopo fondamentale è consentire all'individuo, attraverso tecniche appropriate di relazione e di colloquio (un modo del tutto umano e personale di stare-con), una visione realistica di sé in modo da affrontare meglio la propria situazione esistenziale, e le proprie scelte, sviluppando al massimo le risorse possibili e l'autonomia. Essere liberi vuole dire prima di tutto conoscere se stessi, i propri limiti, i propri pregi e gli stretti legami che ci collegano alla realtà di cui facciamo parte. E' un percorso di crescita personale che le persone possono intraprendere anche con l'ausilio di una nuova figura professionale: il Counselor. Questi è il professionista della relazione, e della relazione che mira alla "ri-animazione" della persona che aiuta: se l'anima è ciò che smuove la persona a vivere, ri-animare è l'operazione propria di far tornare alla vita chi, per una qualsiasi causa, sta perdendo il senso e il desiderio di vivere.

Lo scopo del Counseling è pertanto quello di offrire alla persona l'opportunità di esplorare, scoprire e rendere chiari gli schemi di pensiero e di azione, per vivere più congruentemente, vale a dire aumentando il proprio livello di consapevolezza, facendo un migliore uso delle proprie risorse rispetto ai propri bisogni e desideri, e pervenendo ad un grado maggiore di benessere. Vi è il Counselor in senso stretto, inteso come figura professionale; ma vi è anche la possibilità di imparare ad essere counselor nell'ambito della propria professione, allora vi sarà un counseling nell'assistenza dei malati, nella riabilitazione e nell'attività pedagogica ed educativa in senso lato.

## **EDUCARE ALLA SALUTE**

EDUCARE ALLA SALUTE è un concetto che può significare tante cose, e tra queste anche quella di "aiutare a", o "insegnare a" non essere ammalati, o almeno a

non ammalarsi; è un'educare a trovare il modo per non ammalarsi, per non cadere nella malattia.

È questo un significato positivo del tema, costruttivo e per qualcuno magari anche affascinante, ma non sembra essere il più diffuso; per lo più educare alla salute significa dapprima domandarsi cosa fa ammalare l'uomo, così che conoscendo cosa lo fa ammalare lo si educa ad agire all'opposto per evitare che la malattia possa insorgere: è la prevenzione da riflusso. Ecco: educare alla salute è sovente sinonimo di questa "prevenzione a posteriori".

Noi adottiamo una prospettiva differente. Essa suggerisce di non domandarsi tanto (o soltanto) cosa fa ammalare l'uomo, piuttosto: che cosa tiene l'uomo sano? Una prevenzione positiva e attiva.

Se la prima domanda è tipica o prevalente degli operatori con una prospettiva di taglio medico-sanitario, la seconda domanda sembrerebbe più ampia, e propria di chi non interviene solo sulle parti ammalate dell'uomo per ridurle, ma interviene sull'ampliamento delle parti sane nell'uomo malato; questo intervento dovrebbe appartenere a tutti coloro che incontrano un malato, medici o altro che siano.

Un moderno concetto di educazione alla salute suggerisce che proprio la seconda domanda potrebbe diventare fondamentale per chiunque avvicini, per qualunque causa o mandato, un altro che soffre; senza per questo dire che la prima domanda è sbagliata: anzi! Piuttosto: non è completa.

Dunque varrà domandarsi:

- Che cosa mantiene l'uomo sano? E poi ancora:
- Cosa fa tornare sano l'uomo ammalato?

Se facciamo uno studio comparativo fra persone sane e persone non malate, quelle persone cioè che pur con tutti gli acciacchi del mondo si considerano e sentono non malate, ci accorgiamo che non sono i traumi avvenuti o in corso a fare la differenza (perché i traumi, le difficoltà della vita, gli incidenti, le cadute capitano tanto agli uni quanto agli altri), ma la presenza di FATTORI PROTETTIVI della vita. Se i fattori protettivi sono presenti e forti la persona resta sana, se questi sono deboli la persona diventa malata o si sente tale pur non avendo niente, o avendo poco di malato.

Educare alla salute, quindi, non è educare ad evitare i mali, ma educare ad avere fattori protettivi per essere pronti a non sentirsi del tutto malati quando i mali verranno, e a sentirsi e comportarsi da sani nonostante l'essere ammalati, semmai lo si sarà.

Se la guarigione fisica dei mali non è sempre possibile, anzi spesso la percentuale di successo è bassa, allora il concetto stesso di guarigione dovrà trasformarsi. Guarito potrebbe essere chi desidera andare avanti a vivere la vita, al massimo delle sue possibilità e nel tempo che ha da vivere, nonostante la malattia o la difficoltà intervenute. Non contento di soffrire, mai! Ma contento di poter vivere ancora, nonostante; certo, se ne varrà la pena: se avrà, cioè, dei motivi, o fattori protettivi, che lo aiuteranno a vivere; sì CON la malattia, ma PER poter comunque fare ancora qualcosa per cui sente valga la pena ancora vivere, anche se col soffrire.

Educare alla salute è primariamente cercare il motivo per voler vivere una vita sana, oppure cercare il modo per procedere ed esaurire degnamente una vita malata.

Educare alla salute è aiutare ad avere motivazioni quali fattori protettivi; è stimolare gli individui alla comprensione che nelle situazioni di sofferenza (vere o vissute come tali) è importante l'assunzione dei giusti atteggiamenti interiori, nonché la presa di posizione circa cosa voler ancora fare della propria vita da quel momento in poi.

Educare alla salute è stimolare l'attivazione dei processi di decisione e di presa di posizione, grazie ai quali può avvenire che chi in stato di malattia pensa che ciò significhi sempre crisi, blocco, arresto delle possibilità esistenziali, vivrà sempre come in uno stato di crisi imminente, quando non già in atto; chi invece pensa che non necessariamente una malattia o un trauma significhino sempre e comunque crisi o blocco totale dello scorrere della vita, si considererà paradossalmente una persona sana pur trovandosi in condizioni di malattia.

Questo è il lavoro di chi educa alla salute: è principalmente uno stare accanto, ed insieme un accompagnare, a favore di una decisione interiore e di una presa di posizione.

Perché molto dipende dalla nostra testa e da ciò che vogliamo, perché se si decide di volersi comportare da sani nonostante l'essere ammalati si superano molte cose, e non sarà la malattia a bloccare. Vale tuttavia che nulla può partire dalla testa se prima non parte dal cuore: se amo qualcuno o se amo qualcosa, se decido di voler continuare ad amare, mi dispiace di essere ammalato e prendo posizione contro la mia malattia per fare ancora ciò che posso a favore di ciò che desidero. Ma se non amo nessuno, niente e neppure me stesso, allora non varrà avere la salute, paradossalmente non saprei neppure che farmene della vita.

Educare alla salute è in fondo permettere all'essere umano di decidere circa il senso da dare alle proprie giornate e alla propria vita, per poter decidere a favore della sua necessaria prosecuzione quando un qualsiasi blocco sembrerebbe fermarne il percorso verso qualcuno o qualcosa da amare. Difficilmente si potrà avere una tale visione prospettica se si parte dalla domanda: *Che cosa fa ammalare l'uomo?*, mentre la stessa può diventare quasi automatica se la domanda diventa: *Che cosa tiene l'uomo sano?*, oppure: *Cosa può rendere ancora degna una vita che altrimenti sembrerebbe fallita a causa del male che si è presentato?*

Il nostro essere operatori parte dalla convinzione che l'essere umano, finché c'è vita, ha sempre la possibilità di uscire dalla sua situazione per ri-modellare ancora qualcosa; il vero educatore, e operatore è colui che, convinto di ciò, cercherà con tutte le strategie possibili di permettere a chi accompagna di andare avanti ancora a vivere. Magari in un modo diverso da prima, visto che forse non può più farlo secondo le modalità precedenti alla malattia e proprio a causa della malattia, ma ancora procedendo verso il futuro.

**SIAMO CHIAMATI A LAVORARE PER IL BENESSERE INTEGRALE DELLE PERSONE CHE INCONTRIAMO;** persone che sono colte in una stagione decisiva della loro esistenza, e decisiva per il fatto che in essa devono decidere, cioè mettere in atto, la scelta circa cosa voler fare della propria vita ora che non è più com'era prima. Siamo chiamati per loro ad essere educatori con la volontà di riunire, collegare insieme, rivedere la situazione di quella persona insieme a lei, cogliendo tutti gli

spunti di libertà ancora possibili, per metterli insieme e fare con i vecchi ingredienti un nuovo piatto.

In un certo senso siamo chiamati a ri-creare: creare di nuovo qualcosa che la persona pensa non sia più possibile.

Siamo chiamati a ricreare con il sofferente un'esistenza difficile rimodellandola, per permettere alla sua immagine di tornare a brillare nel momento della sua esistenza in cui tutto sembra opaco, sporco.

Educare alla salute è sempre un liberare, è aiutare le persone ad aprire gli occhi e la mente perché possano ancora comprendere il senso della vita; spesso il sofferente è un miope, perché vede solo le cose che gli stanno immediatamente vicino, cioè la sua malattia, e non riesce ad andare più in là e vedere oltre.

Allora l'intervento, come educatori alla salute, è quello di aiutare a far partorire nella mente della persona che si accompagna la convinzione che può ancora rinnovare la vita, ricreare la vita; partendo da ciò che ha, per andare avanti verso dove vuole andare, purché voglia andare da qualche parte.

L'educatore alla salute può essere come un occhiale per chi è miope a causa della sofferenza; è colui che aiuta quel miope della vita a vedere un po' più in là di quanto solo vede in quel momento.

Egli, per aiutare al meglio, deve saper essere un INTERPRETE ed un IDEALISTA.

L'INTERPRETE è colui che sa leggere un evento per tradurlo nel linguaggio di un'altra persona che non sa comprenderlo, così come è stato scritto o detto, o per come viene proposto.

Essere interprete vuol dire tradurre la vita nel linguaggio del sofferente, affinché trovi il modo per riempire al meglio il tempo che ha ancora da vivere; essere interprete significa leggere con chi soffre gli eventi della (sua) vita per riuscire a scorgere tra le righe ciò che non appare immediatamente; è saper leggere, oltre alle righe scritte, anche gli spazi bianchi e vedere gli spazi bianchi come spazi di libertà nei quali si può ancora scrivere. Per il sofferente lo spazio di libertà è rappresentato da tutte le cose che può ancora fare, nonostante lo spazio occupato dalla malattia (righe scritte).

**L'INTERPRETE È COLUI CHE CONTESTUALIZZA IL MOMENTO DI MALATTIA, E LO INSERISCE IN UN MOMENTO CHE È MOLTO PIÙ AMPIO DELLA MALATTIA STESSA**, perché è convinto, come interprete, che la lettura del testo che è il disagio o la malattia vada fatta in un'altra lingua; inserito in un CON-testo più ampio.

Il buon interprete è colui che quando guarda un sofferente sa guardare sia a ciò che vi è di malato nell'uomo, sia a ciò che è ancora sano nel suo essere malato. Il buon interprete sa leggere per e con il sofferente il significato che può ancora avere il suo essere in vita; ancora in vita, nonostante la malattia o la causa del disagio.

L'IDEALISTA è colui che riesce a sognare ad occhi aperti il futuro più concreto possibile per la persona che ha di fronte. E' idealista l'operatore – educatore che ha la convinzione che non si dovrebbe mai cedere del tutto nelle situazioni di difficoltà o di crisi; è idealista quando è convinto che, finché c'è un oggi, c'è sempre anche un domani.

Essere idealisti non significa offrire illusioni, non è dire a una persona che sta bene mentre si lamenta perché sta male, ma è dire ad una persona che, nonostante il suo stare male, c'è qualcosa che può ancora essere fatto, e che può essere fatto insieme.

**ESSERE IDEALISTI SIGNIFICA ESSERE DEI CONVINTI CHE C'È ANCORA UNO SPAZIO DI VITA NONOSTANTE TUTTO.**

Il saggio ed equilibrato idealista è un portatore di speranza, convinto che, anche se restano solo tre minuti da vivere, questi sono ancora vita, e comunque ci può essere tutta un'altra Vita oltre. Chi soffre non ha quest'ottica, perché vede solo i tre minuti che gli restano e null'altro; spetta a chi lo aiuta comunicargli la convinzione che si può andare oltre, ... per esempio dicendogli che è e sarà sempre vivo nei pensieri. L'operatore idealista ha il coraggio di offrire la testimonianza del valore della vita nonostante ciò che si sta soffrendo, e lo dimostra stando accanto alla persona proprio nel momento della sofferenza.

Per questi motivi essere idealisti non è un difetto della concretezza, ma un pregio, perché fonte di energia per l'altro.

Educare alla salute è dunque aiutare chi soffre ad intravedere gli spazi bianchi nelle pagine scritte della vita, nonostante le parti scritte; perchè è compito dell'uomo riempire tutti quanti gli spazi, e nessuna parte di vita vissuta è fatta solo di spazi tutti pieni. C'è sempre un piccolo spazio bianco, fosse anche solo un angolino: quello è il nostro spazio di libertà, lo spazio dove ancora c'è salute. Lo spazio dove può ancora essere vissuto qualcosa di sano, lo spazio per poter fare qualcosa di attivo. In una immagine: lo spazio per vivere ancora.

C'è ancora un'altra caratteristica che dovrebbe essere propria dell'educatore alla salute, ed è l'essere una **PERSONA GIOIOSA**.

Se vogliamo essere testimoni del valore della vita, sempre, non possiamo essere tristi; neppure quando la vita è, di fatto, mostruosamente brutta. Se non riusciamo noi a dare coraggio, forza, speranza alle persone sofferenti, chi lo farà?

E noi possiamo farlo perché sappiamo interpretare la presenza anche di un solo puntino bianco in mezzo a tante righe scritte in nero cupo, e siamo idealisti perché quel puntino bianco lo cerchiamo anche quando non è subito evidente, e siamo allora anche degli esteti perché amiamo e vediamo il bello di quel solo puntino bianco in mezzo ad un chilometro quadrato di pagina scritta con storie nere cupe. (N.d.A.: i verbi all'indicativo vogliono rappresentare uno stimolo anche per noi!)

Per concludere la parte che riguarda l'essere terapeuti-educatori (ed entrambi alla vita, ancora, nonostante tutto...), voglio riflettere su tre verbi latini che riconducono al senso di ciò di cui trattiamo. Educare deriva da E-DUCERE, ossia: tirare fuori; cioè tirare fuori dalla persona qualcosa che è in lei; non è l'educatore che apporta qualcosa di nuovo, ma è colui che fa sì che emerga qualcosa che il malato, o l'educando, ha in sé, e di cui finora forse non aveva avuto conoscenza o bisogno. Ma E-ducere ha anche un altro significato: è ducere—da cioè: uscire fuori. Questo tirare fuori è un piccolo esodo, cioè uscire fuori da una situazione per entrare in un'altra: noi possiamo accompagnare in questo esodo la persona che soffre, e aiutarla nel percorrere la strada che porta alla libertà, della e nella verità. E noi dobbiamo avere la

convinzione che la persona può ancora vedere cambiata la sua situazione, uscendone (E-ducere), forti dell'altra convinzione secondo cui è la persona stessa che ha in sé le forze da tirare fuori (E-ducere) per attuare il cambiamento.

Il secondo termine latino che ha significato legato all'educare è: AD-DUCERE, ovvero portare verso una meta, condurre a.

Colui che educa lo fa. Cioè: libera chi soffre dalle convinzioni legate alla paura che nulla possa cambiare, per portarlo verso una nuova meta; accompagnarlo verso la necessità di sentire che è cosa buona avere una nuova meta, e che avendo una nuova meta avrà anche maggior forza per cambiare e superare il disagio del momento.

Ad-ducere è dunque un liberare-da, al fine di liberare-per. E-ducere è tirare fuori il malato dalle sue convinzioni nevrotiche che le cose non possono più cambiare, convincendolo che le cose possono ancora cambiare nonostante tutto, e indicando che è necessario abbia anche la voglia di avere una nuova o rinnovata meta verso la quale andare.

Come EDUCATORE ti libero-da, e come ADDUCATORE ti aiuto a vedere la necessità che non basta essere liberi dalla malattia, occorre anche essere desiderosi di vivere. Se non c'è questo passaggio non c'è possibilità di guarigione. Guarire non è mai dire soltanto: <Non voglio la malattia>, ma è dire: <Vorrei guarire perché per me è ancora importante fare qualcosa, è importante ancora la salute per poter fare questo o quello; amare questo o quello>.

Ciò rimanda ad un discorso sulla speranza: la speranza è mettere il domani nell'oggi; se non c'è un domani per cui valga la pena vivere, e nell'oggi c'è solo la sofferenza, allora non si vuole vivere!

Guarire, di fatto, non è solo togliere la malattia; cioè non è solo liberare dal male in se stesso, ma è proporre l'idea di dover perseguire un bene, a favore di una vita che continua. Di solito chi soffre si ferma alla prima parte della frase (guarire è togliere il male), e forse per questo la guarigione non è mai del tutto tale!

Ad-ducere è dunque aiutare chi è stato liberato-da (edotto), a sentire che è ora libero di poter fare qualcosa di nuovo.

L'educatore-terapeuta che adduce è quello che accompagna il sofferente fino alla soglia della sua responsabilità nei confronti della scelta a favore della vita.

Quando il malato ha scelto a favore della vita il primo compito è praticamente finito, e la tecnicità può fare il resto.

Il terzo verbo che riguarda l'educare è CON-DUCERE: l'educatore che conduce è colui che si fa compagno di viaggio, e si mette alla stessa altezza della persona che accompagna; è colui che si fa umile per il malato; cioè non è colui che nel piegarsi perde la propria dignità, piuttosto è colui che acquista maggior dignità proprio perché si è piegato per fare la strada con un altro.

È colui che abbraccia la persona in quella sua particolare situazione, considerando che quello che comunica come sofferenza è davvero tale per lei, e non la si può giudicare o pensare che non lo sia.

Noi, come terapeuti, educatori, accompagnatori, siamo chiamati a liberare dalla paura per condurre ed addurre verso un nuovo destino di vita; un destino che forse il malato in quel momento non vede perché ha paura della sua situazione di malattia. Ma un

diverso destino che io so esistere, e ti propongo di avere fiducia nel fatto che esiste. Ecco allora la completezza del verbo EDUCARE scomposto nelle sue tre accezioni: io educo, cioè libero da, tiro fuori da te, inizio il cammino; quindi con te faccio l'esodo, ti con-duco fuori dalla sola paura per ad-ducere te, farti vedere che il tuo compito è anche desiderare di vivere ancora per un motivo: per amare qualcuno, per poter avere la necessità di essere guarito. Magari non si toglie il male oggettivamente, ma si permette l'ampliamento della mente per essere in grado di riconsiderare la vita da un'altra posizione. È la guarigione dello spirito, dell'anima. Della fonte della vita. Immaginiamo che il nostro lavoro di operatori sia simile a quello di guide di montagna, chiamate ad accompagnare persone in salita con un pesante fardello sulle spalle.

Se dobbiamo camminare, e ciò che ci rende pesante la salita è lo zaino, la prima azione da compiere è sistemare lo zaino per renderlo il più leggero possibile. In realtà importante non è che lo zaino sia leggero, ma che contenga tutto il necessario; in questo caso ne sopporto il peso, perché so che contiene cose indispensabili per la salita. Se ho il dubbio invece di avere messo qualcosa di troppo, sento lo zaino ancora più pesante di quello che è, e ciò che lo rende pesante non è la cosa inutile messa in più, ma la mia irresponsabilità nell'aver preparato lo zaino. In altre parole quello che pesa è il senso di colpa, il dubbio di non avere fatto tutto quello che si sarebbe potuto fare per rendere lo zaino più leggero.

In un'intervista fatta a persone malate che erano state in punto di morte, (per infarto, ictus, o patologie simili) si è chiesto loro di cosa avessero avuto più paura in quel momento. Invece di rispondere, come ci si aspettava, che la paura più grande era quella di morire, la risposta data era relativa al fatto che, a causa della morte, non ci sarebbe più stato il tempo per fare le cose che si sarebbero volute ancora fare, o ancora dovute fare, e invece rimandate per...

La paura non sembra essere tanto la paura di morire, quanto la paura che venga tolto il tempo di vivere eventi significativi.

Ritornando dunque allo zaino, quando lo zaino sembra pesante proviamo a contare la quantità di amore che c'è in esso. Facciamo la conta di tutte le persone o le cose che per noi, o per le persone che accompagnamo, hanno un valore; quindi contiamo le preoccupazioni, e che sono ciò che rende pesante lo zaino.

Se il numero delle cose amate e delle preoccupazioni è uguale, lasciamo tutto così com'è, perché è normale essere preoccupati per le cose o le persone che amiamo; ma se le preoccupazioni sono maggiori, vuol dire che le preoccupazioni in più non sono dettate dalla paura che capiti qualcosa a qualcuno, o a qualcosa che amiamo, ma sono legate alla sola paura, che è il timore che capiti qualcosa di razionalmente non presumibile, calcolabile, valutabile...

Le preoccupazioni legate all'amore non sono pesanti, sono pesanti quelle legate alla paura, e noi dobbiamo imparare a gestirle perché provocano una sofferenza inutile (paura che ci capiti qualcosa, paura che possa avvenire qualcosa che ci colga impreparati...). Per quanto è possibile si può tentare un primo lavoro: giustificare, significare, attribuire ad ogni paura il nome di qualcosa o qualcuno che amiamo, e per il quale quella paura possa essere motivata e giustificata (questo è un abbozzo di

pedagogia della sofferenza legata alla psicologia del malato). Mai contenti di avere paura o dolore, ma “contenti” di poter vivere ancora per qualcuno o qualcosa; e il dolore viene allora messo in conto, accettato come presenza, ma solo se nella vita c’è ancora qualcosa o qualcuno che mi attende, e per arrivare al quale DEVO passare per la porta stretta.

Nel momento in cui riesco a collegare ad una paura una persona, compreso me stesso, o un oggetto amato così che, se si realizzasse ciò che temo li perderei, a quel punto lo zaino va di nuovo bene, è equilibrato nel senso di cui più sopra si è detto.

Anche questo esercizio, in senso lato, è educazione alla salute, cioè educare a una conversione della mente verso il positivo, là dove apparentemente si vede solo il negativo; non è facile, perché la mente umana sembra soprattutto calamitata dal negativo, ma è un tentativo che vale la pena attuare.

Mi soffermo qualche istante su un presupposto dell’attività sanitaria, educativa, assistenziale o terapeutica che sia: per poter mettere in atto un intervento relazionale di aiuto, un intervento professionale o di volontariato, *chi aiuta e chi è aiutato non devono essere nella stessa situazione psicologica o fisica*, almeno per quanto è inerente al motivo che causa l’atto di aiuto; perché *se io e lui* siamo nella stessa condizione fisica, psicologica, o nello stesso atteggiamento interiore di fronte alla vita e alla malattia, non ci può essere alcuna relazione di aiuto.

Questo non è sinonimo di una differenza nei termini di migliore o peggiore, piuttosto significa che una differenza è necessaria tra i due attori (chi aiuta e chi è aiutato) per poter attuare un’azione di *sollevamento* dell’altro.

L’operatore può mettere in atto un intervento relazionale di aiuto se, circa il motivo per il quale c’è l’incontro, **NON VIVE LA STESSA SITUAZIONE DI DISAGIO**.

Questo significa che chi aiuta non dovrebbe essere nella stessa condizione di chi è aiutato.

Vuol dire che deve avere almeno già assunto una situazione interiore di chiarificazione per quel problema, e che quella situazione per lui non rappresenta più un problema.

Se ad esempio io sono un’assistente sociale e la settimana scorsa mi hanno sfrattato da casa e in questo momento non so dove andare a dormire, se viene da me qualcuno allo sportello e mi racconta che è stato sfrattato e ha bisogno di una casa, quando saprò di una casa disponibile sono sicuro che la offrirò a quella persona invece di tenerla per me, che sono nella sua stessa condizione?

Questa è l’immagine che esprime il fatto che chi aiuta non deve essere nella stessa condizione di chi è aiutato...

Più sopra si trattava dei sinonimi del termine EDUCARE, ricordiamo? Ebbene, ora mi sento di affermare che il gesto-sinonimo di con-ducere, che è lo STARE CON chi sta soffrendo (mentre siamo convinti che la sua situazione può ancora cambiare, e-ducere, che lui ha le possibilità per cambiare, e-ducere, e che noi lo aiuteremo per ritrovare un motivo per il quale ancora spendere la vita nonostante la sofferenza, ad-ducere e con-ducere), è il motore principe dell’azione del volontario.

Non solo; se l'operare con stile-volontario, come dice qualche studioso, è un operare che dovrebbe basarsi sui meccanismi della fiducia, della speranza e dell'amore, domandiamoci: cos'è quell'e-ducere se non la FIDUCIA che la persona possa ancora cambiare?

Che cos'è quell'ad-ducere, darsi uno scopo e una motivazione per andare avanti a vivere, se non la SPERANZA di poter avere ancora un domani da vivere?

E che cos'è quel con-ducere se non l'AMORE con il quale viene messa in atto una relazione tale da permettere all'altro di non sentirsi solo?

L'abbiamo già visto: chi soffre ha la paura fondamentale di essere isolato e di rimanere solo. Allora un obiettivo dell'intervento potrebbe essere quello di prendere tra le proprie mani la paura dell'altro per permettergli, non più solo impegnato, e da solo, a consumare le proprie forze per gestirla, di utilizzare al meglio le forze a disposizione per andare avanti a vivere: sicuro del fatto che la sua paura è in buone mani, certo del fatto che non resterà mai solo, né abbandonato, né non amato a causa della situazione di malattia o disagio che sia, a causa di quello che ha contratto, e così via.

E' importante che l'operatore sappia accogliere la paura di chi soffre, perché quando c'è una qualsiasi causa di sofferenza, l'essere umano entra quasi inevitabilmente nel circolo vizioso delle paure.

Approfondiamo questo tema: le paure nell'uomo, soprattutto quando sofferente, sono fondamentalmente le seguenti:

- 1) la paura di essere abbandonato, di essere o rimanere solo, di non essere amato;
- 2) la paura di non essere considerato, stimato, di non valere;
- 3) la paura di non essere all'altezza, di non farcela, di non avere le capacità per andare avanti, di non meritarsi la vita;
- 4) la paura che le cose non possano cambiare più, e che non sia più possibile vivere la vita che si sognava o progettava prima dell'evento-malattia.

Spesso la prima domanda che la persona si pone è: <Perché, perché a me? Dove ho sbagliato? Qual è la mia colpa? Per quale motivo mi è venuto questo? E adesso che mi è venuto questo mi vorranno ancora bene? Sarò ancora amabile? Mi staranno ancora vicino? Sarò ancora come prima oppure resterò solo, non ci sarà nessuno accanto a me?>

Di fatto, la grande paura è la paura fondamentale della solitudine, la paura dell'abbandono e dell'isolamento.

C'è un'unica modalità, credo, per affrontare e rispondere alle paure di chi soffre; e la modalità consiste nell'essere presenti, con la forza dell'amore per dire all'altro: <Non ti preoccupare, io sto con te!>. E poi lo si cura con gli strumenti che ci appartengono. Qual è dunque l'obiettivo primo dell'azione di chi cura e assiste e con-sola? Impedire alla persona sofferente di sentirsi non amata, sola, non amabile e non più degna di avere ancora qualcuno da amare nella propria esistenza.

In fondo la vita non è vera vita soltanto quando si riceve qualcosa dagli altri; la vita di fatto è vita vera quando è possibilità di mettere in atto in prima persona ancora qualcosa.

Qui si realizza la vita: nel fatto di poter ancora in prima persona amare qualcun altro o qualcos'altro nell'esistenza.

Certo, è importante essere ricambiati, ma è fondamentale il poter amare, non soltanto l'essere amati. Anzi, è importante il poter amare e l'essere amati avendo la garanzia che sarò sempre amato e sarò sempre con qualcuno che mi aiuterà, e continuerà ad essere presente con me, anche quando ci sono cause esistenziali che potrebbero rendere non più amabili e far rimanere soli.

Se è importante nella vita non soltanto essere amati, ma avere la possibilità di amare, di nuovo re-individuiamo un altro obiettivo dell'azione volontaria: amare, per permettere all'altro di amare.

Il nostro è un amare per permettere all'altro di amare ancora a sua volta, nella vita, qualcuno o qualcosa, assicurato dalla presenza e sostegno costante del nostro amore e della nostra presenza.

Il nostro è un amare che libera dalle paure che opprimono la vita, per permettere alla persona che sta vivendo una situazione di disagio di avere la voglia e il coraggio di vivere ancora qualcosa nella propria esistenza.

Questa sia l'azione dell'operatore: appianare la strada con una presenza, con una garanzia di presenza sempre, con quell'amore sempre presente... <Stai tranquillo, io non ti abbandono, io ci sarò e ti aiuto ad andare avanti per quel motivo per il quale tu vorrai andare avanti, con la certezza, la sicurezza e la fiducia che tu potrai ancora modificare la tua esistenza, perché la tua esistenza è ancora modificabile e cambiabile nonostante tutto>.

Ma se noi non abbiamo la capacità di amare per permettere all'altro di avere il desiderio di amare la vita, l'altro da chi apprende che è bello, nonostante tutto, andare avanti, nonostante le difficoltà, e quindi sentirsi vivo? Chi è che può dargli questa testimonianza?

Credo che l'operatore sia colui che mette in atto una dinamica di amore per dare testimonianza di come si sta bene a vivere, per quante disgrazie ci possano essere; e con questo contagio dell'amore fa venire voglia all'altro di mettere in atto nella vita atti d'amore, nonostante tutto. E così vivere, nonostante la sofferenza.

Come operatori non siamo chiamati soltanto a dare testimonianza dell'importanza della solidarietà, siamo piuttosto chiamati a usare la solidarietà per dare testimonianza di qualcosa.

Allora di cosa si vuole dare testimonianza?

Pongo a me la domanda: <Paolo, tu di cosa vuoi dare testimonianza? Di cosa ti senti forte e capace e fiducioso e coraggioso, per dare testimonianza e coraggio all'altro per andare avanti a vivere nonostante tutto, e soprattutto in questo momento in cui lui vede un oggi che non va?>

Io sono così capace, voglioso, desideroso, amante della vita nonostante tutto, da dare a lui la forza, il coraggio, l'entusiasmo, il contagio di voler desiderare di andare avanti a vivere, nonostante tutto?

E rivolgo a me ancora una domanda: <Io, Paolo, come mi atteggio quando mi capita qualcosa nella vita che non vorrei?>

Dalla risposta a questa domanda dipende tutto il nostro intervento di azione di operatori o volontari, visto che non possiamo che mettere in atto quello che siamo!

Dunque: <Quando mi capita qualcosa che non vorrei io, Paolo, sono uno che si abbatte soltanto, che maledice, che si chiede solo e continuamente: “Perché a me?”; oppure sono uno che dopo essersi abbattuto, dice: “Ok, non lo vorrei, ma cosa posso fare per andare avanti a vivere visto che sono ancora in vita?”>

Se io Paolo sono uno che cerca di mettere in atto ancora tutte le possibili risposte per continuare con dignità la propria esistenza, allora sono un capace testimone dell'altro; se invece sono uno che soltanto si abbatte quando gli succede qualcosa di negativo, come faccio ad essere testimone che anche nelle difficoltà si può andare avanti a vivere?

E' bella l'azione dell'operatore quando, essendo capace di amare, diventa anche capace di permettere all'altro di avere voglia di amare, di avere ancora la voglia di provare la gioia di dare amore nella vita, sino all'ultimo istante...

## **A COSA SERVE TUTTO QUESTO?**

A far stare bene chi soffre, certo. È la prima intenzione. Lo diciamo e ripetiamo, se necessario.

Ma ora azzardiamo una riflessione più ampia, più comprensiva.

La Relazione di Counseling ha come obiettivo quello di permettere a chi soffre di sentirsi bene-con, e magari grazie a questo rapporto avere pensieri meno solo-pessimisti, e magari poter ancora provare emozioni positive; tutto ciò può attivare meccanismi fisiologicamente naturali volti al recupero della salute secondo la piena accezione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e per la quale sappiamo che la salute non è solo l'assenza di malattia.

Parliamo di psiconeuroimmunologia o, meglio, di psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI).

## **CONCETTI FONDAMENTALI DI PSICOIMMUNOLOGIA**

La psiconeuroimmunologia è scienza riscoperta solo da circa settant'anni, dopo che per secoli e secoli, fin dal tempo di Cartesio, l'uomo fu considerato come essere scisso fra mente e corpo. Nel periodo precartesiano vi era una integrazione soma-mente (epoca classica: mens sana in corpore sano), mentre con Cartesio questa scissione fu netta e per moltissimi anni, e fin anche alla medicina moderna, si ritenne che il soma fosse completamente distinto dalla mente.

Anche Wilhelm Reich nel 1920 avanzava ipotesi sulle connessioni fra mente e corpo, e Freud stesso le ammetteva col proporre stesso della sua teoria delle pulsioni.

Con Hans Selye ai primi del 1900 questo concetto iniziò a modificarsi. Neuro, psico ed immunologia iniziarono ad integrarsi fra loro. Si pensò che la nostra mente avrebbe potuto influire sulla psiche. Selye iniziò a chiedersi che cosa succedeva nel

nostro organismo quando c'erano degli avvenimenti esterni che producevano delle modificazioni dell'omeostasi organismica.

Tali eventi, che oggi noi siamo soliti chiamare stress, o eventi (improvvisi) che inducono una brusca variazione dello stato precedente, provocano quanto esposto nel seguente schema:

Lo **Stress** indebolisce la **Mente** (psiche e neuro), si indeboliscono i sistemi **Endocrino** e **Immunitario**, così ecco (forse) la **malattia**.

(Attenzione: se ogni malattia ha, retrospettivamente, disturbi dell'asse neuro-endocrino dello stress, non tutti gli stress portano a malattia. Cioè: la lettura non può essere bidirezionale).

Se vedete un leone, che chiameremo stressor, la reazione può essere : fuga, attacco, immobilità ecc. Queste modalità sono quasi immediate. Vi è la visione del leone, una decodifica cognitiva, da questa un'emozione e dall'emozione nasce una reazione che può essere sia di fuga che di attacco.

Tutto questo è legato all'escrezione di sostanze: ormoni e neurotrasmettitori.

Ora un leone libero ed affamato è certamente un elemento stressante, ma da cosa dipende la capacità di un oggetto di essere stressante o meno? Lo stressor può essere oggettivamente o comunque statisticamente riconosciuto come stressante, oppure può non essere statisticamente riconosciuto come tale. Se ad esempio vi mostro un micetto, questo può essere considerato stressor o no... dipende dal valore che si dà al gatto. Se penso ad esempio che il gatto mi porta delle malattie, come la linfogranulomatosi da graffio di gatto, io ne avrò terrore e quindi o lotto o fuggo... Statisticamente si troverà il numero maggiore di persone che trovano il gatto tranquillo, meno quelle che lo considerano stressor. Sono state eseguite delle ricerche circa gli elementi statisticamente riconosciuti come stressanti. Così ad esempio un lutto, la perdita di una persona cara, è uno degli stressor più alti in assoluto. Anche essere lasciati soli da una persona cara è uno stressor molto intenso. La perdita di un lavoro, il matrimonio, il cambiamento della propria vita, sono tutti elementi stressanti. Così pure la malattia e la sofferenza. Sempre vissute come stressor o meno dall'immediata relazione con cui l'individuo lega la vita precedente all'evento con la vita dopo l'evento: lo stressor sarà tanto più pericoloso quanto più la vita futura sarà diversa da come la immaginavo, a causa dello stressor. Non esiste solo attacco o fuga, ma anche altre reazioni (è il coping, cioè il modo di far fronte a qualche evento esterno). Così se vediamo un leone possiamo decidere di farne bistecche oppure che nulla ci importa di lui, oppure ancora che è piuttosto comico... Il modo di rispondere alle cose è soggettivo. L'evento è sempre lo stesso, diversa e soggettiva è la reazione. Questo perché diversa è l'esperienza precedente mia, l'emozione, il lavoro (il domatore non ha paura del leone)... vi saranno quindi ad incidere sia fattori genetici che fattori appresi ambientali.

Purtuttavia vi sono dei meccanismi come la secrezione di ormoni, quali Noradrenalina e Adrenalina, che sono del tutto automatici ed immediati.

Il comportamento appreso è in qualche modo qualcosa di simile a quello che gli immunologi chiamano memoria immunologica... La nostra esperienza ci porta ad interpretare dei comportamenti sulla base di nostri costrutti (cioè quel qualcosa che fa

sì che ci si comporti in un dato modo). Il costrutto è conseguenza di un comportamento appreso. Il sistema immunologico agisce in modo simile. Se arriva uno stressor, un microrganismo pericoloso, o una malattia, l'organismo e la mente lo riconoscono come non-self, e cioè non <se stesso>.

Vi siete mai chiesti perché l'organismo aggredisce il non-self e non aggredisce (almeno in linea generale, perché nelle malattie autoimmuni lo fa) noi stessi?

Le nostre cellule immunitarie (e il nostro pensiero) riconoscono il non-self, lo mangiano rompendolo e mostrando agli altri come sono fatti i pezzetti componenti, e quindi memorizzano il tutto. Se non ce la fanno ad eliminarlo del tutto, allora si creano le malattie croniche, come ad esempio l'epatite B cronica, frutto comunque di un equilibrio con le cellule immunitarie.

Il coping (il modo di adattarsi e/o fare fronte all'evento) dipende da come si valutano i fatti: se nel traffico leggete il giornale, l'elemento traffico non è più stressante. Se invece vi arrabbiate moltissimo in macchina, quello è stress per voi. Tasse quotidiane, certi suoceri, il ragazzino che non va a dormire la sera, il preparare ogni giorno i pasti... tutti questi sono stressor quotidiani. Ora il livello di resistenza allo stress (l'omeostasi) oltre che essere individuale, dipende anche dal momento stesso: se siete stanchi la soglia di stress è bassa, se siete riposati ed al ritorno dalle ferie, è molto alta.

In sostanza quello che importa è come si decodifica la realtà (si rilegga il paragrafo: ACCOMPAGNARE CHI SOFFRE...). Se io grazie al mio modo di decodificare, riduco lo stress, una variazione della decodifica della realtà che riduca lo stress riduce ad esempio il cortisolo in eccesso, e quindi non ho una diminuzione di risposta immunologica. Questo comporta una maggiore salute per me. Ecco quindi come si modula tale modificazione. Ecco l'importanza del lavoro di Relazione d'Aiuto, e di aiuto a stare bene insieme; uno star bene che fa anche stare calmi, almeno nell'ambito e durante la relazione! E la calma aumenta le difese immunitarie.

Da tempo si conoscono i collegamenti tra la mente ed il sistema immunitario, ed è evidente sia il modo con cui la mente può fungere da modulatore, esaltatore e depressore della risposta immunitaria, sia il processo attraverso cui lo stato mentale dominante nel paziente crea il microambiente su cui il male (generico) attecchisce e si sviluppa.

La psicoimmunologia studia la relazione mente-sistema immunitario.

Attraverso questa via la mente regola lo stato di salute della persona. E' fin troppo noto che lo stress provoca l'insorgere o l'aggravamento di patologie. Fin dagli anni 60 si è dimostrato che immagini ed emozioni possono far aumentare o diminuire il numero di globuli bianchi, la qualità e la quantità di ormoni adrenergici, enzimi, elettroliti e neurotrasmettitori, tanto che si è coniato il termine di immunizzazione suggestiva.

Tutte le cellule impegnate nella difesa immunitaria (cellule killer, macrofagi, linfociti T e B) sono in comunicazione tra loro e col sistema nervoso centrale attraverso un complesso sistema circolare retroattivo (feedback).

Per esempio le cellule killer attaccano e distruggono qualsiasi cellula infettata o degenerata, senza preventiva sensibilizzazione, senza la necessità di un

riconoscimento antigenico e la formazione di anticorpi. Durante il rilassamento, invece, le risposte attivate possono mobilitare proprio lo stesso gruppo cellulare di pronto intervento, per sradicare persino infezioni o degenerazioni patologiche. Ma attenzione: non confondiamo il *possono* con il *lo fanno sempre e di certo!*

Il sistema endocrino è uno strumento importante di comunicazione tra la mente ed il corpo.

Tutto il pool ormonale rappresenta il risultato dell'azione di trasformazione effettuata dall'ipotalamo: questo riceve lo stimolo (rappresentato dalla carica emotiva insita nell'esperienza, mobilitata dalla parola che la rappresenta metaforicamente), e sintetizza neuropeptidi che danno inizio ad una cascata di eventi. Alcuni elementi della RdC ben attuata possono influire per mezzo della parola e della calma sui vari siti della cascata ormonale, per modulare la risposta con una plasticità talvolta impossibile ad ottenersi con qualsiasi combinazione di farmaci.

Partendo da queste constatazioni, considerando esportabile questo modello per vari tipi di malattie o di sofferenze, non resta che calibrare l'intervento RdC in modo da rendere il soggetto massimamente responsivo, e l'operatore massimamente responsabile in tal senso.

Riflettiamo meglio sul contenuto di questo paragrafo.

## **DOVE MENTE E CORPO SI INCONTRANO**

La psiconeuroimmunologia cerca di dimostrare il legame tra i pensieri e il funzionamento delle cellule immunitarie: i nostri pensieri possono influire ad esempio sull'attività dei linfociti.

C'è un vecchio principio metafisico che afferma: <I pensieri sono cose>. Un concetto che può andare bene per i metafisici, ma di fronte al quale gli uomini di scienza continuano a storcere il naso.

Eppure a pochi anni di distanza da un evento, il fatto che condizioni di stress abbiano un grave impatto sul sistema immunitario è ormai fuori di dubbio. Stress temporanei come prepararsi a un esame possono abbassare in maniera impressionante i livelli corporei di interferone, riducendoli letteralmente a zero. L'interferone è indispensabile perché certe cellule del sistema immunitario possano lavorare. Tra le cellule immunitarie, ad esempio, c'è un linfocita noto come cellula killer naturale, con due compiti: primo, pattugliare il corpo e scovare cellule infettate dal virus per eliminarle; secondo, scovare e distruggere cellule cancerogene. Purtroppo la scienza medica attuale non ha ancora trovato una cura contro i virus, e la terapia per il cancro è ancora a uno stadio molto rudimentale. Non è incredibile, comunque, che il nostro corpo possieda linfociti in grado di effettuare funzioni così importanti?

Negli studenti lo stress da esami provoca spesso raffreddori, mal di gola o altre malattie di minore gravità: forse un risultato della mediocre attività delle cellule killer, a sua volta causata da bassi livelli di interferone. Vi è mai capitato di vivere un periodo particolarmente stressante e poi, subito dopo, contrarre un raffreddore o l'influenza? Probabilmente sì, ma per fortuna il corpo si riprende molto in fretta dagli

stress acuti e dalle disfunzioni immunitarie che li accompagnano. Lo stress cronico è molto più dannoso per la salute che lo stress a breve scadenza.

Se subite uno spavento mentre guidate nel traffico, ad esempio, l'organismo reagirà all'istante. Un minuto dopo prevarrà di nuovo la calma, a meno che non decidiate di crogiolarvi nella rabbia e nella frustrazione. E spesso si fa proprio questo. Ecco un esempio: certe volte lo stress del matrimonio è talmente penoso che si decide di ricorrere al divorzio, ma, tenendosi dentro per anni gli antichi rancori, finiamo per trasformare la vecchia situazione in un fattore tuttora stressante. Ed è allora che lo stress diventa cronico.

Nel 1936 il medico e fisiologo dottor Hans Selye descrisse la fisiologia dello stress cronico, che egli chiamò *sindrome da adattamento generale*. Selye notò che, se i topi cavia erano sottoposti a stress cronico, le loro ghiandole surrenali si ingrandivano parecchio, mentre il timo – la fonte dei linfociti – diventava molto piccolo. Benché negli anni trenta si sapesse molto poco sul sistema immunitario, era ovvio che lo stress cronico peggiorasse le malattie. Le sue osservazioni avevano a che fare con un ormone chiamato corticosterone, che negli umani è detto cortisolo. Quando siamo stressati cronici, l'ipotalamo nel nostro cervello secerne un ormone chiamato ACTH, o adrenocorticotropina, che si lega alle cellule nella corteccia esterna delle ghiandole surrenali e le induce a produrre e secernere cortisolo. Col passare del tempo, la ghiandola diventa sempre più grande, se costantemente sollecitata a produrre una maggior quantità di cortisolo; a breve termine, si tratta di un ormone di riparazione, mentre a lungo termine si trasforma in un inibitore del sistema immunitario. Oltre a prevenire la formazione di nuove cellule immunitarie, inibisce anche le attività di quelle già esistenti nell'organismo.

Lo stesso Hans Selye sperimentò una remissione spontanea da un tipo di tumore che spesso conduce a morte rapida: il mesotelioma. Quando il medico lo informò che probabilmente gli rimanevano solo pochi mesi di vita, lui decise di scrivere le sue memorie. Mentre scorreva alcuni vecchi diari si imbatté in parecchi episodi dolorosi che gli erano capitati in passato, tra cui il furto delle sue scoperte scientifiche da parte di un presunto amico mentre era ancora alla scuola medica. Pensò allora che poteva decidere tra liberarsi di quei ricordi dolorosi oppure rimuginarci su, e alla fine scelse di sbarazzarsene e non includerli nelle sue memorie. Continuò a raccontare il suo passato in questo modo, cioè liberandosi dei vecchi crucci. Quando si presentò alla visita di controllo, un anno dopo, il medico scoprì che il cancro era scomparso! Che la sua remissione fosse collegata alla pratica del perdono e all'essersi liberato dello stress cronico? Non abbiamo una risposta definitiva a questa domanda, ma certo potrebbe trattarsi di un'ipotesi ragionevole.

Lo stress cronico non è costituito solo dai rancori covati a lungo, ma anche dalla sensazione di impotenza che ci assale quando non abbiamo né le capacità né la forza necessarie per affrontare le sfide della vita. La miglior definizione dello stress trovata è: "percezione di minacce fisiche o emotive accompagnata dalla sensazione di non poter reagire in maniera adeguata". Le parole chiave, qui, sono *percezione* e *reazione*. Chi ha buone capacità di affrontare le situazioni difficili viene definito *resistente allo stress*. Vi sono tre atteggiamenti utili nei momenti più impegnativi: sfida, impegno e

controllo. Una persona resistente allo stress vede i cambiamenti e le crisi come sfide piuttosto che come minacce. E anche quando non può controllare la situazione esterna, sa di poter sempre controllare la propria reazione alle cose che stanno succedendo. C'è un detto molto saggio attinente a questo fenomeno: la sofferenza è inevitabile, ma l'infelicità è un optional.

I meccanismi molecolari che possono influire sul sistema immunitario hanno a che fare sia con il sistema nervoso autonomo sia con proteine piccolissime chiamate *neuropeptidi*. Il nostro cervello è come una farmacia fornita di una vasta gamma di medicine che possono influenzare il nostro umore e tutti i nostri sistemi biologici, compreso il sistema immunitario. Se qualcosa minacciasse la vostra vita – come ad esempio una tigre inferocita che vi tenesse tra le fauci – proprio mentre state per diventare cibo per felini provereste, grazie a neuropeptidi chiamati *endorfine* e *encefaline*, una specie di pace, di torpore. Il nostro cervello secerne anche valium e altri tranquillanti naturali, nonché dozzine di peptidi relativi al controllo e all'espressione delle emozioni.

Quando reagite all'idea del vostro capo come se si trattasse di una tigre inferocita, il vostro corpo secerne sostanze chimiche che vi preparano a morire, anziché a vivere. La cosa sorprendente è che questi farmaci vengono pompati dal cervello nel sangue e alla fine aderiscono alla superficie di tutte le cellule corporee proprio come una chiave aderisce alla sua serratura, per poi influenzare la funzione di tutte le cellule. L'area del corpo nella quale il pensiero viene trasformato in risposta emotiva è chiamato *sistema limbico*, e le sue cellule sono particolarmente attive nella produzione e secrezione dei neuropeptidi, una linea di comunicazione diretta tra emozioni e corpo.

Nel giro di pochi secondi queste piccole, intelligenti sostanze chimiche aderiscono ai recettori di tutto il corpo. Nel momento in cui la chiave si infila nella serratura, vari geni delle cellule vengono accesi o spenti, avviando o interrompendo così la sintesi proteica. A seconda delle proteine attivate o disattivate, il funzionamento di tutti i vostri sistemi è potenzialmente alterato. Questo è uno dei molti modi attraverso i quali i pensieri diventano cose.

Se provate gioia, dunque, ogni cellula del corpo reagisce in modo conseguente, mentre se siete depressi l'immagine della tristezza verrà trasmessa in tutto il corpo/mente tramite il sistema dei neuropeptidi, che vengono prodotti anche dalle cellule intestinali e da certi linfociti. Perciò quello che succede nell'apparato digerente o nel sistema immunitario influisce a sua volta sul funzionamento cerebrale e l'umore.

Alcuni di noi sono perfettamente consapevoli del modo in cui l'umore influisce sull'organismo: come l'ansia irrigidisca i muscoli, la depressione porti alla spossatezza, la gioia produca energia e la gratitudine e l'amore aprano il cuore. Mente e corpo non possono essere separati, e ogni cellula è impregnata di pensieri. Tutte le nostre cellule sono esseri coscienti, che comunicano a vicenda, influenzando emozioni e scelte. Quando si parla di connessione mente/corpo, spesso ci si riferisce a un'unica parte dell'equazione: l'effetto della mente sul corpo. Ma anche il corpo influisce sulla mente. Quello che mangiamo, se veniamo toccati, se e come facciamo

ginnastica, il modo in cui respiriamo sono tutti atti che, benché apparentemente solo fisici, sortiscono un profondo effetto sull'umore e sulla nostra capacità di essere creativi, affettuosi e con la mente limpida.

Così anche le attenzioni e le coccole di chi cura possono stimolare la mente di chi le riceve a...far star meglio ancora il corpo. E tutto ciò vale, lo sappiamo, anche in amore. Pensiamo all'innamoramento. Sarebbe bello, dunque, se con la Relazione Operatore/Malato si arrivasse a far re-innamorare della vita chi soffre, non è vero? E con tutte le conseguenze psiconeuroendocrinoimmunitarie appena considerate?

Chi è resistente allo stress e sopporta le inevitabili sofferenze della vita senza tormentarsi nell'infelicità è spesso in grado di prosperare nei momenti difficili perché fa riferimento a una serie di valori che inseriscono crisi e difficoltà in una prospettiva positiva. Coloro che devono lavorare duramente ma si impegnano nel loro lavoro perché convinti che stanno aiutando la gente, ad esempio, sono meno stressati di coloro che non sentono alcun tipo di impegno. Il *significato* che attribuiamo a qualsiasi situazione stressante – che si tratti di un lavoro, di una malattia o della morte di una persona cara – ha una grandissima importanza nella nostra capacità di affrontarla, e addirittura può essere una decisione di vita o di morte.

Victor Frankl, psichiatra, sopravvisse all'olocausto nazista di Auschwitz, il lager liberato alla fine della seconda guerra mondiale. Egli osservò che, tra i suoi compagni di sventura, chi riuscì a trovare un significato alla propria sofferenza fu in grado di sopravvivere, se non era stato ucciso prima dai nazisti, fino alla liberazione. Queste sì che erano persone capaci di cavarsela nelle avversità! L'autore racconta inoltre come alcuni di loro, avendo perso la volontà di vivere, morivano nel giro di poche ore di un attacco cardiaco oppure soccombevano semplicemente alle infezioni. Frankl fu uno dei primi a scrivere di psiconeuroimmunologia: <Chi sa quanto sia stretta la connessione tra la mente di un uomo – e il suo coraggio e speranza o la loro assenza – e lo stato immunitario del suo corpo, comprenderà che l'improvvisa perdita di speranza e coraggio possono avere un effetto mortale>.

Questa è l'idea di fondo: chi tratta con il disagio e sta con chi soffre può fare in modo che in lui o lei prendano vita o forma speranza e coraggio.

Speranza e coraggio nel cuore e nella mente, neuropeptidi che si attaccano ai recettori delle cellule in tutto il corpo e così avviano o interrompono la sintesi proteica che è vita.

Ecco: speranza e coraggio all'inizio di una catena che si conclude con la vita. Di quale vita si tratta? Qui a rispondere è il personale mondo della persona verso cui l'azione è protesa; purchè si concordi sul fatto che non sarà mai la quantità di una vita a farne la significatività, ma sempre la qualità delle cose sensate che ciascuna vita contiene.

E c'è ancora un'immagine su cui si sofferma l'incessante pensare: chi non ha mai provato la particolare sensazione che si ha in presenza, o contatto, di certe persone?

È come se esistessero persone che sanno trasmettere, indipendentemente dal lavoro svolto, una sensazione di calma di fondo, di sicurezza, benessere, serenità, speranza e coraggio.

E chi tra gli operatori sanitari o sociali si avvicina a possedere alcune di queste caratteristiche, è anche tra i più amati e attesi da chi soffre. Quasi indipendentemente dalle competenze professionali, se sono solo perfetti tecnicismi!

Ecco, ancora: perché non tentare un'adeguata coniugazione tra i concetti espressi in quest'ultimo paragrafo? E proprio per svolgere la nostra professione?

Altrimenti è come dire: <Vorrei, vorrei...> e poi tutto resta come prima. Una fatica inutile. Senza senso, né utilità per alcuno. Tempo perso.

E non c'è nulla di peggio per alcun uomo, ancor più se sofferente, che sapere o temere il non-senso.

Che la vita non abbia senso, che il dolore non abbia senso. Che non si abbiano radici, come direbbe Simone Weil.

Grande invece l'operatore, se diviene uno che sa sussurrare sull'anima di chi soffre, e che apre la mano per accogliere, nel palmo amorevolmente spalancato e disponibile, chi ha bisogno di abbandonarsi ad una relazione. Quella relazione che, per ciò che è giusto sia, lo curerà. Lo farà sentire bene.

---

✉ paologiovanni monformoso, *psicoeducatore, counselor clinico e formatore, logoterapeuta e analista esistenziale*  
[pagiomonfi@yahoo.it](mailto:pagiomonfi@yahoo.it) +39.338.5628808

## BIBLIOGRAFIA

(Per un approfondimento personale)

- AA.VV., *La Spiritualità del Sofferente*, CVS, Roma 1998.  
 BALINT M., *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, Milano 1988.  
 BONINO S., *Empatia*, Giunti, Firenze 1998.  
 BOTTACCIOLI F., *Psiconeuroimmunologia*, Red, Como 2001.  
 BOTTACCIOLI F., *Il sistema immunitario: la bilancia della vita*, Tecniche Nuove, Milano 2002.  
 BRUSCO A., *La relazione pastorale di aiuto*, Camilliane, Torino 1992.  
 BUBER M., *Il principio dialogico e altri saggi*, San Paolo, Milano 1993.  
 CANEVARO A., *La relazione di aiuto*, Carrocci, Roma 1999.  
 CARKHUFF R., *L'arte di aiutare*, 2 voll., Erickson, Trento 1989.  
 CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino 1997.  
 COLOMBERO G., *Dalle parole al dialogo*, Paoline, Milano 1986.  
 DE SAINT-EXUPERY A., *Il Piccolo Principe*, Bompiani, Milano 1999.  
 DI FABIO A., *Counseling*, Giunti, Firenze 1999.  
 FIZZOTTI E., *Angoscia e personalità*, Dehoniane, Napoli 1980.  
 FRANKL V., *Dio nell'inconscio*, Morcelliana, Brescia 1990.  
 FRANKL V., *La sofferenza di una vita senza senso*, LDC, Torino 1987.  
 FRANKL V., *Un significato per l'esistenza*, Città Nuova, Roma 1990.  
 FRANKL V., *Fondamenti e applicazioni della logoterapia*, SEI, Torino 1977.  
 FRANKL V., *Homo Patiens. un'interpretazione umanistica della sofferenza*, Salcom, Brezzo di Bedero (Va) 1982.

- 
- FRANKL V., *Uno psicologo nei lager*, ARES, Milano 1999.
- KANIZSA S., *L'ascolto del malato*, Guerini e ass., Milano 1988.
- LEDOUX J., *Il cervello emotivo*, Baldini e Castoldi, Milano 1998.
- LUKAS E., *Dare un senso alla vita*, Cittadella, Assisi 1986.
- LUKAS E., *Dare un senso alla sofferenza*, Cittadella, Assisi 1988.
- LUKAS E., *Prevenire le crisi*, Cittadella, Assisi 1989.
- MONFORMOSO P., *Te eD io, Liberi di guarire-Liberi di star bene*, A.V.A. - CARITAS, Forlì 1997.
- MONFORMOSO P., *Togliete la pietra!*, C.V.S., Roma 2000.
- MONFORMOSO P., *Conoscerò un rumore di passi*, Manuale di educazione sanitaria, Rotary, Vercelli, 2000
- MONFORMOSO P., *La sindrome di Lazzaro*, Ed. ASA65-II Ponte Vecchio, Cesena, 2002
- MONFORMOSO P., *Aiutare alla speranza*, Camilliane, Torino 2002
- MONFORMOSO P.G., *Tra il dire e il fare c'è di mezzo...l'amare*, Ed. APM, Carpi, 2006
- NATOLI S., *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano 1986.
- NOUWEN H., *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1982.
- PINKUS L., *Psicologia del malato*, San Paolo, Milano 1993.
- SANDRIN L., *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza*, Paoline, Milano 1995.
- SANDRIN L., BRUSCO A., POLICANTE G., *Capire e aiutare il malato. Elementi di psicologia, sociologia e relazione d'aiuto*, Camilliane, Torino 1995.
- SOLANO L., CODA R., *Relazioni, emozioni, salute*, Piccin, Padova 1994.
- TROMBINI G., BALDONI F., *Psicosomatica*, Il Mulino, Bologna 1999.
- VAN KAAM A., *Il counseling, una moderna terapia esistenziale*, Città Nuova, Roma 1985.
- WATZLAWICK P., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
- ZAVALLONI R., *Psicologia della speranza per sentirsi realizzati*, Paoline, Milano 1991.