



I familiari e i pazienti: aspettative rispetto ai percorsi di cura

di Stefano Cavalitto

Intervento al Convegno dell'Ottobre 2006 dal titolo: "Il paziente depresso e i familiari"

Il disagio psicologico del singolo può coinvolgere, in maniera maggiore o minore, il gruppo in cui esso vive, sia il gruppo di lavoro o delle relazioni sociali più intime, sia la famiglia, che possiamo considerare un gruppo.

Per questo motivo è naturale che, nella rete di relazioni che coinvolge il gruppo, possano nascere punti di vista diversi, aspettative differenti, richieste più o meno legittime che i membri si scambiano vicendevolmente.

In particolare, per quel che riguarda la famiglia, abbiamo fatto riferimento ai gruppi appositamente istituiti per i familiari di pazienti tenuti presso l'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e abbiamo raccolto le aspettative e le richieste che erano espresse in tale sede.

I gruppi si tengono una volta al mese e i dati qui raccolti si riferiscono al periodo compreso tra maggio 2005 e maggio 2006.

Elenco qui di seguito le richieste portate nei gruppi da parte dei familiari dei pazienti, suddividendole in tre categorie:

Prima categoria di richieste.

- Cosa devo dire? Cosa devo fare?

In questo caso i familiari si chiedono come comportarsi concretamente nei confronti del congiunto chiedendo ad esempio:

“Devo essere oppositivo quando non vuole fare le cose, devo convincerlo ad essere attivo?” “Come posso convincerlo a farsi curare? Che consigli posso dare per farlo stare meglio?” “Devo aspettare che passi o posso fare subito qualcosa?”

Tali richieste si verificavano nella maggior parte dei casi (53,3%).

Seconda categoria di richieste.

- Preoccupazioni per la salute del congiunto, bisogno di conoscenza del disturbo.

Le richieste, in questo caso, riguardavano soprattutto la diagnosi, la sua gravità, la prognosi e quali erano le possibilità terapeutiche realistiche.

Tali richieste si verificavano con un incidenza del 26,6%.

Terza ed ultima categoria di richieste riscontrata.

- Sostegno per se stessi, legittimazione della propria sofferenza e di quella del congiunto.

In questo caso, infine, le richieste riguardavano se stessi ed il proprio modo di affrontare il disagio del congiunto. Ciò si poteva trasformare in richiesta di sostegno nella relazione con il congiunto e con il suo malessere che poteva creare delle difficoltà di comprensione all'interno delle relazioni. A volte era espresso un senso di colpa per il malessere del familiare ed una comprensibile difficoltà ad ammettere eventualmente anche un proprio disagio.

Tali richieste avvenivano nel 20,1% dei casi.

Queste sono le aspettative e le richieste espresse durante i gruppi tenuti appositamente per i familiari.

Al fine di facilitare il più possibile il dialogo ed il rapporto tra chi soffre di depressione e chi gli sta vicino ci sembra utile affiancare alle aspettative espresse dai familiari, sopra descritte, quelle espresse da chi si appresta o ha in mente di iniziare una cura per un disagio depressivo. In questo modo possiamo confrontare come le famiglie ed i gruppi sociali di appartenenza si rapportano con il disagio depressivo (e la sua cura) e come si rapporta ad esso chi intraprende una cura per tale disagio. Per la raccolta dei dati abbiamo fatto riferimento ad un altro servizio fornito dalla nostra Associazione e cioè i colloqui informativi tenuti a titolo gratuito da psicologi a chiunque ne faccia richiesta.

Queste di seguito, quindi, sono le aspettative e le richieste espresse da chi si appresta ad iniziare un percorso di cura, recepite all'interno dei colloqui informativi durante il periodo maggio 2005, maggio 2006.

Prima categoria di richieste

- *“ Magiche”, irrealistiche, “voglio che la cura risolva tutto e subito”.*

Sono state definite così le richieste che si aspettavano una soluzione più o meno immediata del problema, una guarigione “lampo”, puntando su un'efficacia “magica” del farmaco o della psicoterapia.

Tali richieste hanno avuto un'incidenza del 9,7%.

Seconda categoria di richieste

- *Richieste di tipo medicalistico, risoluzione del sintomo-problema.*

In questo caso le aspettative e le richieste di chi si apprestava ad iniziare un percorso di cura riguardavano la possibilità di eliminare o ridurre in maniera netta il sintomo considerato il problema del momento.

Ciò avveniva per il 48,5% dei casi.

Altra categoria di richieste riguardava ciò che abbiamo chiamato:

- *Supporto per aspetti relazionali.*

Cioè richiesta di supporto rispetto a relazioni interpersonali che recano (nel vissuto del soggetto) disagio o vero e proprio malessere.

Questo per il 5,8% dei casi.

Ulteriore categoria di richieste indicava un bisogno di:

- *Sostegno psicologico.*

Tale richiesta di sostegno psicologico era espressa in forma più o meno diretta, ma comunque avendo la consapevolezza del proprio disagio e quindi avanzando una richiesta precisa a tale riguardo. Ciò comporta una richiesta di percorso di cura.

Questo avveniva nel 18,6% dei casi.

Infine, l'ultima categoria riguarda una:

- *Richieste diretta di cura psicologica o di psicoterapia.*

Richiesta esplicita di una cura psicologica / psicoterapia.

Quest'ultima categoria di richieste avveniva nel 17,4% dei casi.

Proviamo a confrontare, ora, le diverse aspettative e richieste espresse dal singolo soggetto e quelle espresse da esponenti del gruppo che lo circonda.

La considerazione su cui ci sembra importante soffermarci è la seguente.

Partiamo dal presupposto che le richieste di liberarsi dalla morsa del sintomo sia da parte di chi ne soffre sia da parte del gruppo sia sta attorno a chi soffre è una richiesta immediata e legittima per circa la metà dei soggetti. E' però presente una differenza sostanziale tra le aspettative del gruppo e quelle del singolo: il gruppo e l'ambiente chiedono rassicurazioni e modalità d'intervento diretto e immediato, mentre invece il singolo, vivendo in prima persona il disturbo, si rende conto che la cura ha bisogno di tempistiche più dilatate, di tempi più lunghi di quelli che spesso il gruppo che lo circonda gli richiede.

In particolar modo se la cura è di tipo psicologico, cioè una psicoterapia, essa non è mai un intervento d'urgenza, ma si deve sviluppare per un arco di tempo medio-lungo tale da permettere al soggetto di affrontare quei cambiamenti di cui ha bisogno per stare meglio. Una psicoterapia, per poter portare il cambiamento tanto ambito dal paziente, si basa prima di tutto su un rapporto di fiducia con lo specialista, ma soprattutto s'impegna a modificare quegli automatismi di pensiero ed emotivi che condizionano in senso negativo la vita di chi soffre di depressione. Per permettere dei cambiamenti così profondi e così delicati è assolutamente necessario un tempo adeguato al fine di evitare cambiamenti solo superficiali, oppure, peggio ancora, brusche fratture nella personalità del paziente.

Su questa, se vogliamo comprensibile, differenza di punti di vista da parte del gruppo e da parte del singolo, si giocano spesso fraintendimenti e difficoltà di comunicazione che possono sfociare anche in veri e propri conflitti.

Tale situazione diventa potenziale terreno di coltura di alcune dinamiche che possono ostacolare poi la cura stessa.

Una di queste dinamiche può sfociare nella *svalutazione della cura* da parte dell'ambiente familiare del paziente.

Dal momento che la cura non è “veloce”, ma richiede tempi più lunghi, la cura stessa viene valutata come non efficace o non in grado di aiutare il paziente. Ciò fa correre il rischio di creare un clima di sfiducia intorno a chi fa una scelta non semplice, ma comunque obbligata dal suo stare male. La cura stessa ha dei tempi e delle regole che vanno rispettate per poterne trarre beneficio.

Altra dinamica che può ostacolare la cura si verifica con la *negazione della sofferenza* del familiare. Può capitare che il parente viva come frustrante ed impotente il suo stare accanto a chi soffre e ciò può portare a minimizzare o a negare del tutto tale sofferenza, “non la si vuole vedere”. Questo atteggiamento rischia di prolungare ulteriormente i tempi del malessere che per essere curato ha bisogno prima di tutto di essere riconosciuto implicitamente o esplicitamente da chi soffre e da chi gli sta vicino.

Questi “malintesi” possono essere evitati, perciò, con una minima, ma corretta informazione su cosa è una cura per la depressione, informazione che, come spesso diciamo, diventa il primo vero passo della cura stessa.

Un ulteriore importante aspetto riguarda un pregiudizio diffuso rispetto alla psicoterapia: cioè che essa in qualche modo sia un processo che vada a colpevolizzare genitori, mogli, mariti e parenti vari, valutando negativamente e stigmatizzando il loro comportamento come sbagliato nei confronti del paziente.

Ciò è profondamente falso.

La psicoterapia non è contro qualcuno o qualcosa, ma è a favore del benessere di chi la intraprende e molto spesso questo benessere coincide con quello delle persone che lo circondano. Non è raro che anch'esse possano in maniera indiretta trarre beneficio dal percorso di cura di un congiunto che libero da alcuni vincoli psicologici patologici può rapportarsi al mondo e agli “altri” che lo compongono in modo più genuino e sano. Insomma, non solo la malattia, ma anche la cura può essere contagiosa!