

Daniela Muggia

Accompagnamento empatico fondato sulla tradizione tibetana in contesto ospedaliero: due studi

1. BACKGROUND DEGLI STUDI

1.1 Origini e definizione dell'accompagnamento spirituale (o empatico) alla fine della vita

Per comprendere che cosa sia l'accompagnamento spirituale (o *empatico*) della sofferenza, e in particolare quando si tratta di malati terminali, è utile indicare che cosa *non* è.

Non è, anzitutto, un accompagnamento religioso, per quanto faccia ricorso all'impiego di tecniche meditative empatiche sviluppate in seno a diverse tradizioni spirituali (e, nel nostro caso, soprattutto in seno alla vasta ricerca tanatologica condotta per secoli dal buddhismo tibetano); e non è nemmeno il tipo di accompagnamento che ci è più familiare, quello universalmente noto e praticato nelle associazioni e negli ospedali, ossia l'approccio sviluppatosi in seno alla cosiddetta "relazione d'aiuto".

In particolare, quest'ultima si fonda sulla consapevolezza della forza dell'accompagnatore o curante e della debolezza del malato o del morente, un atteggiamento che tende a frapporre fra l'accompagnatore e l'accompagnato una certa distanza; nell'accompagnamento empatico, invece, il rapporto è paritetico, giacché si entra nella relazione *come persone e non come ruoli*, coinvolgendo quindi l'intero bagaglio di esperienze (debolezze, sconfitte e difetti compresi). Questo fatto – come si evincerà dagli esiti della ricerca oggetto del presente documento – non è assolutamente incompatibile con i ruoli terapeutici, anzi: li rinforza.

La relazione d'aiuto è preziosa e costituisce forse la più alta manifestazione di compassione che l'Occidente abbia saputo esprimere. Tuttavia in essa sono oggettivamente presenti tre rischi relazionali fondamentali:

1. di sminuire inavvertitamente l'oggetto della relazione, implicando la nozione stessa d'aiuto un rapporto non paritario;
2. di effettuare "proiezioni" (cioè ipotesi circa il bene del paziente), seguendo prassi codificate che necessariamente non possono tener conto dell'unicità del momento, della persona, della relazione;
3. di dover creare e poi mantenere una barriera per proteggersi dalla sofferenza dell'altro, con il timore di effetti imprevisti se tale scudo di protezione dovesse cadere: operazione costosissima in termini di energia psichica e ulteriore fonte di stress (anche perché costringe ad assumere in contesto ospedaliero atteggiamenti artificialmente stereotipati ed estranei alla propria genuinità di persona: il mantenimento di queste maschere si è rivelato una delle cause più potenti di burn-out, dal quale sono invece esenti gli accompagnatori "spirituali" o empatici. E il calo di stress è, come documenta questa ricerca, il primo frutto dell'applicazione di questo approccio a se stessi e agli altri).

La caratteristica principale dell'accompagnamento spirituale sta proprio nell'ovviare a tali rischi, soprattutto se esercitato nei luoghi che meglio hanno sviluppato la tecnologia medica della relazione d'aiuto, ossia gli ospedali. I tre rischi di cui sopra sono evitati in questo modo:

1. Il rapporto è paritetico, caratterizzato da uno stato empatico raggiunto dall'operatore mediante

apposite tecniche meditative (*si veda 1.2*) e dal paziente per le vie naturali (il malato, soprattutto il morente, ha una naturale inclinazione verso tale stato: un elemento che la medicina tibetana spiega nei particolari e che gioca a favore di entrambi): ciò consente di stabilire un senso di unione che trascende la dinamica abituale di soggetto, oggetto e azione che necessariamente intercorre fra i due. A riprova di questo, il senso di soddisfazione che si prova entrando in relazione d'aiuto è qui sostituito da un senso di *gratitudine*, perché, oltre a dare, l'accompagnatore riceve molto, il solo limite in tal senso essendo rappresentato da quanto si è disposti a ricevere.

2. Dovendo basarsi su uno stato di apertura e di creatività *congiunta* di entrambi i compagni di strada, ossia il malato e l'operatore, l'accompagnamento spirituale non è codificabile in procedure a priori, se non quelle meditative (che però l'accompagnatore applica perlopiù a se stesso, non al paziente). In tale relazione il soggetto è "costretto" a rinnovare perennemente i propri atteggiamenti, a essere aperto e creativo in ogni istante: in assenza di procedure, niente "proiezioni" e assoluto rispetto del compagno di strada. L'accompagnamento empatico è creativo: se ascoltiamo l'altro senza giudicare e senza effettuare proiezioni, non è difficile trovare il modo di fargli esprimere il meglio di sé.
3. Accompagnatore e accompagnato "condividono lo stesso pane" (*accompagnare* deriva, non a caso, dal latino *cum panem*): al calore professionale si sostituisce il calore umano, al posto della barriera difensiva nei confronti della sofferenza dell'altro c'è l'abbattimento di ogni barriera; c'è, come dice Ostaseski, direttore dello Zen Hospice di San Francisco, "l'essere lì solo per l'altro, interi, disposti a esplorare la sofferenza insieme", perché mentre il morente percorre il suo inferno non lo percorra da solo. Se ascoltiamo empaticamente il malato, comprendiamo una quantità di cose che di solito ci sfuggono, sicché la nostra azione nel sostenerlo sarà necessariamente più adeguata.

L'accompagnamento spirituale non ha dunque alcuna connotazione religiosa: ma il rispetto per l'altro fa sì ch'egli venga accolto con tutta la sua storia personale, con tutto ciò che può dargli conforto e consolazione, ivi compresa la sua tradizione religiosa, se ne possiede una.

1.2 Lo stato empatico: una riscoperta per l'Occidente

Lo stato empatico a cui fa riferimento la tradizione meditativa tibetana detta "della compassione" è, rispetto allo stato in cui ci troviamo di solito, caratterizzato da una grande apertura e da una grande lucidità, da una capacità di discernimento acuita e fresca, con un abbattimento dei comportamenti stereotipati indotti da giudizi preformulati.

Dal punto di vista filosofico, il buddhismo fa notare che le relazioni che abbiamo con gli altri sono normalmente viziate da una distorsione percettiva, che fa sì che ogni individuo si percepisca come entità separata dal resto del mondo reale (e quindi anche dalle persone, nella fattispecie dal malato): questo conduce a privilegiare con le altre persone un rapporto dualistico (soggetto-oggetto), che trova la sua più alta espressione proprio nella relazione d'aiuto.

Le recenti scoperte della fisica quantistica sembrano, tuttavia confortare la posizione tibetana, frutto di un millenario approccio empirico, giacché oggi ci dicono che siamo parte di un'unica onda infinita, che è onnipervadente, capace di dare e ricevere informazioni (è cioè cognitiva), e fonte di ogni manifestazione fenomenica. L'accompagnamento empatico prende le mosse da qui: se quella è la nostra vera natura, deve esistere uno stato dal quale sia possibile comunicare con l'altro transcendendo la separazione soggetto-oggetto. E ha assunto il nome di "accompagnamento spirituale" perché inizialmente non si è trovato altro modo per definire questa dimensione raggiungibile ma non ordinaria, per quanto descritta nelle tradizioni spirituali dell'intero pianeta. Da qui ha preso le mosse una vasta

indagine neuroscientifica e antropologica sulle tecniche che tali tradizioni avevano elaborato per raggiungere questo stato che avevano genialmente intuito. In particolare, dal 2004 sono in corso ricerche di alto livello che vertono su tecniche meditative in buona parte provenienti dal corpus del buddhismo tibetano, che si dimostra un campo di studio e di esercitazione particolarmente interessante per due ragioni: è forse la più completa tradizione tanatologica planetaria ed è uscito così recentemente dall'isolamento dell'enclave himalayana da essere ancora assolutamente intatto.

Per cercare di descrivere questo stato, possiamo dire che, se nello stato ordinario vale il famoso "cogito ergo sum", la consequenzialità fra i due atti si ribalta negli stati empatici conseguiti tramite l'addestramento meditativo: "sum ergo cogito". Nel primo caso, ci identifichiamo con i nostri pensieri le nostre emozioni, i quali sono assolutamente mutevoli e soprattutto, come ci conferma l'encefalogramma piatto, muoiono con il morire del corpo. Nel secondo caso si scopre sperimentalmente un altro stato, che trascende pensieri ed emozioni e nel quale è possibile dimorare stabilmente, se solo si apprende a conseguirlo e a ignorare le distrazioni. Un meditante esperto non se ne distrae neppure quando entra in azione per mezzo del pensiero, della parola o del gesto: si tratta, evidentemente, di una condizione auspicabile in contesto ospedaliero, dove ci si deve costantemente misurare con situazioni critiche che solleciterebbero altrimenti stati altamente emotivi.

L'annullamento della barriera soggetto-oggetto non è uno stato fusionale, ma consente di trasmettere al paziente una condizione nella quale non solo giunga a essere meno tormentato dalla paura della morte, ma scopra di poter pensare, parlare, agire. Il compito dell'accompagnamento empatico, o spirituale, è restituire empaticamente all'altro questo suo stato di profonda saggezza e grande compassione, nel quale il malato terminale, epitome dell'impotenza, si scopre a volte più potente di quanto sia mai stato in vita sua. Scopre che, in mancanza di quantità di vita, può avere accesso a una inconsueta qualità, a una pienezza che a volte lo stesso paziente definisce straordinaria, che lo sostiene nei momenti di dolore fisico e che, quando affiorano tristezza o paura, gli consente una visione più grande, dove questi sentimenti negativi non dominano più.

Il fatto che questo stato, inizialmente conseguibile per pochi secondi, poi si stabilizzi, ha a che vedere con l'addestramento e con la neuroplasticità del cervello: è dimostrato che si attivano le zone preposte al benessere e alla compassione, alla capacità di agire ecc., a scapito di altre preposte alle emozioni distruttive, foriere di stress e, nel caso dell'amigdala, capaci di abbassare anche le difese immunitarie.

La meditazione si sovrappone anche al momento della morte: morire in meditazione è un punto a cui tende tutta la tradizione tibetana, perché ciò che conta è come siamo quando viviamo e come siamo quando moriamo. Ho visto persone morire in una serenità perfetta, anche se morivano di cancro ai polmoni: nei loro occhi non c'era la paura del soffocamento ma la capacità, se accompagnate, di governare nella quiete anche l'ultimo respiro. Ho visto una persona perseguitata comprendere alla fine della vita che i persecutori erano essi stessi preda di una distorsione percettiva particolarmente pervicace, e non definirli più come cattivi o carnefici, ma come semplici ignoranti, in un'ondata di compassione che restituiva alla vittima una potenza totale, straordinaria, piena di dignità, grandiosa, nel superamento finale persino del trauma della Shoà che aveva portato con sé per tutta la vita. Ho visto fare la stessa cosa a donne che avevano subito violenza: dallo stato empatico sono state capaci di stravolgere la propria scala di valori, passando dal giudizio dell'altro in termini di buono/cattivo alla percezione dell'altro come persona lontana dalla scoperta della propria natura, e dunque ho visto, alla fine della loro vita, la compassione sostituirsi alla paura e all'odio. "Ora sono forte", mi disse una donna violentata che faceva i conti in extremis con questa sua esperienza, mai verbalizzata prima.

Intendo dire che dallo stato meditativo è persino possibile rivivere in una chiave diversa e liberatoria parte della propria storia, cosa non trascurabile alla fine della vita, quando tutti i nodi e le faccende in sospeso del nostro passato vengono al pettine.

Questo vale in particolar modo con i bambini, i cui “sospesi” non riguardano il passato, ma sono proiettati nelle aspettative di un futuro che sanno di non avere.

1.3 Esigenze di espressione quantitativa

Sfatando molti equivoci occidentali, questo corpus e le relative sperimentazioni ci mostrano come gli stati meditativi non siano momenti privati, mistici e silenziosi, ma stati mentali *misurabili*, conseguibili con lo studio e l’addestramento, dai quali possiamo *continuare a pensare, parlare, agire*, sebbene animati da una visione delle cose totalmente diversa da quella che coltiviamo nello stato ordinario: per esempio, si scopre una visione delle cose non conflittuale, perché non dualistica, e quindi tale da non comportare stress. (È crollato persino il mito del “sussulto”, il movimento a cascata di cinque muscoli intorno all’occhio che si contraggono in presenza di uno stimolo visivo o uditivo improvviso e molto intenso, che la scienza riteneva irrefrenabile. È dimostrato che un meditante ben addestrato non percepisce come minaccioso neppure un suono improvviso potente quanto uno sparo vicino all’orecchio, sicché il sussulto non ha luogo.)

Molte sono le sperimentazioni – concluse o in corso – nel campo delle neuroscienze che dimostrano come l’addestramento alle tecniche di meditazione generi dei mutamenti a livello cerebrale (alcune zone, preposte al benessere, alle emozioni positive ecc. si sviluppano a scapito di altre). Negli Stati Uniti vengono sottoposti a studi sperimentali (mediante la misura delle variazioni dei potenziali elettrici rilevate da elettrodi applicati alla scatola cranica) meditanti esperti, per consentire agli studiosi di caratterizzare quantitativamente lo stato di empatia raggiungibile nei diversi stati di meditazione, e in particolare nelle cosiddette “meditazioni della compassione”.

Ancora scarsi sono, invece, gli studi italiani in materia. Due di essi – il cui scopo è sintetizzabile nella quantificazione degli effetti dello stato empatico sul soggetto che lo pratica nel suo ruolo di operatore ospedaliero e delle ricadute sui pazienti terminali oggetto del servizio – sono stati condotti con la collaborazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a seguito di una formazione della durata di 18 mesi, tenuta dalla scrivente in collaborazione con il dottor Thupten Tenzing, medico tibetano e medico allopatico, nell’ambito del programma ECM (Educazione Medica Continua).

2. GLI STUDI

I due studi presentati in questa sezione, effettuati parallelamente e a seguito del corso di formazione di cui al punto precedente, si sono focalizzati rispettivamente sui due attori protagonisti della relazione operatore sanitario - paziente terminale. Pur condotti separatamente e in sequenza, essi sono interrelati e reciprocamente validanti: come si vedrà, le risultanze quantitative su entrambi i lati della relazione sono coerenti e tali da confermare l'efficacia di un approccio finora mai testato nel nostro paese; rispondono inoltre all'esigenza di esprimere mediante grandezze quantitative stati e condizioni tipicamente qualitativi, offrendo così valutazioni oggettive per le decisioni operative in materia.

2.1 Studio n. 1: *“Impatto delle tecniche meditative sullo stress del personale e ricadute economiche per l'azienda ospedaliera”*

Il presente studio verte perlopiù sui frutti della *prima parte* del corso di formazione: *Le tecniche antistress per le équipe terapeutiche coinvolte nel contatto con la terminalità* (24 ore di docenza, moltiplicate per tre gruppi di discenti) svoltosi dal 3.4.05 al 5.5.05

DOCENTE: Daniela Muggia, tanatologa

DESTINATARI: personale ospedaliero in contatto con la terminalità

RILEVAZIONI: a cura di Daniela Muggia e dell'Azienda Universitaria - Ospedaliera di Parma

ELABORAZIONE DATI: a cura di Daniela Muggia e Nicoletta Passalacqua, psicologa.

Scopi dello studio

A. Determinare se, soggettivamente, i destinatari della prima parte dell'addestramento hanno tratto un beneficio in termini di diminuzione del proprio stress lavorativo grazie alle tecniche meditative insegnate.

B. Determinare se tale beneficio è confermato da dati oggettivi (riduzione di assenze e domande di trasferimento), atti a calcolarne l'eventuale ricaduta economica per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

A.1 Metodologia e ricerca

A.1.1 Campioni e periodicità delle rilevazioni

Le rilevazioni, che con il consenso dei partecipanti sono state volutamente nominali e non anonime, sono avvenute in due momenti, interessando due campioni:

1^a rilevazione: a metà aprile 2005, su un *primo campione* costituito da 104 iscritti alla prima parte del corso (*Le tecniche antistress per le équipe terapeutiche coinvolte nel contatto con la terminalità*), e *prima* che l'insegnamento delle tecniche empatiche di fatto cominciasse.

2^a rilevazione: a metà novembre 2005, su 59 elementi di quel primo campione, che costituiscono il nostro *secondo campione*; si tratta delle persone che avevano maturato, già alla fine di aprile, la decisione di iscriversi anche alla seconda parte del corso e di partecipare alla sperimentazione, decisione che le avrebbe viste disporsi in due gruppi: chi avesse accettato di continuare con l'autoaddestramento (diventando il gruppo di sperimentazione) e chi no (diventando il gruppo di

controllo). A novembre, all'inizio della seconda parte del corso (*Le tecniche di accompagnamento rivolte agli ammalati e ai loro familiari*), hanno dunque consegnato delle schede sulle quali erano registrate, mese per mese, in termini quantitativi e qualitativi, le tecniche meditative messe in pratica per proprio conto, come autoaddestramento, durante i sette mesi intercorsi fra la prima e la seconda rilevazione.

In base alle schede, dunque, si è definita l'appartenenza degli individui costituenti il secondo campione al *gruppo di sperimentazione*, formato da chi ha praticato autonomamente alcune delle tecniche meditative insegnate (qualcuno ha voluto aggiungere o sostituire una tecnica meditativa a lui o a lei già nota, progetto che è stato accolto caso per caso) oppure al *gruppo di controllo*, le cui schede erano dichiaratamente vuote.

Il gruppo di sperimentazione è risultato formato da 42 individui e il gruppo di controllo da 17 individui.

A.1.2 Test somministrati

Le rilevazioni sono avvenute mediante la somministrazione congiunta di due test ufficialmente riconosciuti, entrambi fondati su un questionario a scelta multipla che verte su affermazioni di abilità positive e affermazioni di abilità negative: l'MBI (Maslach Burn Out Inventory) e l'HADS Hospital Anxiety and Depression Scale).

Essi denotano non tanto quanto stress è presente nell'individuo testato ma quanto bene egli riesce a mascherarlo, partendo dall'assunto che più lo stress è elevato meno è mascherabile.

A.1.3 Sistema di valutazione

Mentre l'MBI possiede di per sé una codificazione numerica del punteggio riferito alle risposte a scelta multipla, l'HADS ne è privo. Le risposte a questo test sono quindi state ricodificate in scala numerica dalla Dottoressa Passalacqua, psicologa, in modo da poter avere una base comune di valutazione congiunta dei due test.

L'alta compatibilità dei due test è riscontrabile nel fatto che entrambi servono per calcolare gli indici di stress, in entrambi i casi raggruppati in *tre fasce*:

1. *indice di stress socialmente accettabile* (parametri entro i quali lo stress è sufficientemente basso o sufficientemente mascherato, consciamente o inconsciamente, e di conseguenza così scarsamente manifesto da risultare individualmente e socialmente accettabile)
2. *indice affidabile di stress* (i valori più realistici, cioè più affidabili, più coerenti con lo stress realmente presente, che è quindi più visibile o meno mascherato che nel primo caso)
3. *indice dello stress elevato e manifesto* (parametri che indicano che lo stress è interamente manifesto, ha cioè superato la soglia del controllo personale e quella dell'autodifesa; la persona è sul punto di non-ritorno, il cosiddetto *burn-out*).

In particolare, i valori numerici dello stress dell'MBI e dell'HADS sono stati trasformati in grafici. *I diagrammi relativi ai test MBI e HADS sono riportati, rispettivamente, nelle Appendici 1 e 2. Quelli di valutazione congiunta MBI/HADS relativamente alla variazione individuale dello stress sono riportati nell'Appendice 3.*

Le Appendici 1 (MBI) e 2 (HADS) fotografano la situazione della prima e della seconda rilevazione, ma sono volutamente focalizzate sul gruppo delle abilità positive piuttosto che su quelle negative, non solo perché questa metodica è già stata usata in molti altri studi, ma in particolare perché la materia insegnata e il tipo di esercitazioni eseguite durante il corso e previste dall'autoaddestramento sono concepite per stimolare quella parte del cervello che corrisponde giustappunto alle abilità positive, a scapito dell'amigdala e della zona del cortex prefrontale destro che invece corrispondono alle abilità

negative, o comunque alle emozioni distruttive (cfr. i recenti test di Richard Davidson [Waisman Center, Wisconsin University, Madison], in cui l'fMRI conferma la capacità degli stati mentali generati dalle cosiddette "meditazioni della compassione" di inibire l'amigdala, attiva invece nei depressi). Oltre ai grafici relativi agli esiti dei due test, ne è stato elaborato un terzo (Appendice 3) che rappresenta il variare, tra la prima e la seconda rilevazione, dell'indice di stress *unificato* (ossia composto dagli indici del MBI + quelli dell'HADS).

Era molto importante, ovviamente, che il 2° campione potesse confrontarsi con se stesso, cioè con lo stress denunciato dalla prima rilevazione. Per questo le somministrazioni erano fin da principio *nominali* e non anonime (nei grafici allegati, i nomi sono stati sostituiti da cifre da 1 a 59).

Disponiamo quindi di una prima rilevazione (metà aprile 2005) del campione generale dei 104, non allegata al presente studio perché meno rilevante per i suoi scopi, da cui si è estrapolata una prima rilevazione del gruppo dei 59 che poi ha continuato, e una seconda rilevazione di quest'ultimo (metà novembre 2005), suddivisa in due sottogruppi: il gruppo di sperimentazione e il gruppo di controllo, in base ai criteri di cui al punto 2.1.2.1. *Le Appendici 1, 2, 3 si riferiscono a questi 59, giacché non vi è seconda rilevazione per gli altri componenti del gruppo dei 104, non essendosi più iscritti.*

Questo ci consente di avere una visione dinamica dello spostamento in percentuale dei valori o indici di stress, qui sotto descritta.

A.2 Conclusioni

A.2.1 Casi di diminuzione dello stress

L'analisi generale conclusiva dell'indice di stress *unificato* (MBI+HADS) rivela che il 72,9% del campione in esame (i 59) ha registrato una diminuzione soggettiva dello stress per il solo fatto di essere entrato in contatto con la prospettiva e l'approccio alla sofferenza improntato perlopiù alla filosofia buddhista tibetana, esposto nella prima parte del corso e completamente nuovo per la maggior parte dei discenti; in particolare, al suo interno, il gruppo di sperimentazione formato da 42 persone (riconoscibile nei grafici dell'Appendice 3 da un *) ha registrato mediamente una riduzione del -12,98% e il gruppo di controllo formato da 17 persone ha registrato comunque una riduzione dello stesso indice pari a -9,47%.

Questo significa che quanto è stato acquisito nella prima parte del corso ha avuto di per sé un impatto durevole sullo stress lavorativo di tutto il campione, i risultati essendo ancora presenti sette mesi più tardi; i risultati del gruppo di controllo sono piuttosto interessanti, perché esso è ipoteticamente rappresentativo anche delle altre 45 persone che hanno abbandonato il corso dopo la prima parte, e che possiamo presumere non aver fatto alcun autoaddestramento nei susseguenti sette mesi.

Questo studio sembra confermare quanto sostiene la tradizione tibetana circa l'importanza di un addestramento costante, anche quando non è intenso, in quanto esso abbassa la percentuale di stress di un ulteriore -3,51. La media di autoaddestramento è stata di 5min.11s.al giorno per 7 mesi, di cui 3min. dedicati a pratiche meditative di base e circa 2 alle cosiddette "pratiche meditative di compassione", specificatamente empatiche.

Questo sembrerebbe anche confermare altri studi di Richard Davidson, ovviamente fatti con mezzi ben diversi, ove un addestramento meditativo analogo è stato applicato ad un campione di persone molto stressate dal lavoro allo scopo di misurarne l'effetto sulla neuroplasticità cerebrale, sullo stato di salute e sulla durata dell'impatto. In altre parole, lo scopo di Richard Davidson era di stabilire se il potenziamento dell'attività della corteccia prefrontale sx può contrastare abbastanza l'amigdala da impedirle di inibire le difese immunitarie, ma dal suo studio si evincono molte altre informazioni, tra cui il fatto che i massimi benefici, nell'addestramento della mente alla tecniche meditative, paiono seguire l'andamento rilevato dalle ricerche sui disturbi cardiaci in persone sedentarie, ove i massimi

benefici si riscontrano quando si passa dalla vita sedentaria a sole 2-3 ore di attività sportiva settimanale.

I dati raccolti alla *prima rilevazione*, che figurano nella prima colonna della tabella che segue, fotografano lo stato iniziale di quello che diventerà il *gruppo di sperimentazione*; alla seconda rilevazione (seconda colonna), sette mesi dopo e con l'ausilio dell'autoaddestramento, le sue percentuali si sono spostate: una larga maggioranza del gruppo (il 71%) si è assestata su un basso grado di stress, e la percentuale dei soggetti a rischio (in zona burn-out) si è nettamente ridotta, passando dal 9,50% al 2,3%.

<i>Gruppo di sperimentazione</i>		
Indice di stress rilevato	1° rilevazione metà aprile 2005	2° rilevazione metà nov. 2005
Indice di stress socialmente accettabile	59,50%	71,40%
Indice affidabile di stress	33,30%	23,80%
Indice dello stress elevato e manifesto	9,50%	2,30%

Segue un'analogia tabella riguardante il *gruppo di controllo*. Alla prima rilevazione (prima colonna) quello che diventerà il gruppo di controllo presenta condizioni di partenza migliori di quello che diventerà il gruppo di sperimentazione, il che è forse una delle ragioni per cui si sente meno incline a impegnarsi nell'autoaddestramento; alla seconda rilevazione, sette mesi dopo e senza autoaddestramento, l'effetto antistress dell'approccio empatico è ancora presente, e le percentuali del gruppo di controllo si sono spostate come indicato nella seconda colonna della tabella:

<i>Gruppo di controllo</i>		
Indice di stress rilevato	1° rilevazione metà aprile 2005	2° rilevazione metà nov. 2005
Indice di stress socialmente accettabile	64,70%	76,40%
Indice affidabile di stress	23,50%	29,40%
Indice dello stress elevato e manifesto	5,80%	0,00%

Per entrambi i gruppi, alla riduzione dello stress ha corrisposto perlopiù un aumento delle abilità positive, con rari casi in cui esse si sono invece ridotte, anche se non di molto.

A.2.2 Casi di aumento dello stress

Lo stress, benché diminuito nel 72,9% del campione, era tuttavia aumentato in alcuni individui. E non si trattava di una percentuale trascurabile (il 27,1% del campione, cfr. Appendice 3B). Trattandosi di una percentuale abbastanza equamente distribuita sui due gruppi (interessava il 28,5% del gruppo di sperimentazione e il 23,5% del gruppo di controllo), la spiegazione non era da ricercarsi nella presenza o meno dell'autoaddestramento.

La conferma che essa andasse cercata altrove emerse dalle testimonianze messe a confronto nei gruppi di discussione durante la 2° parte del corso: prima di acquisire i mezzi offerti dal corso, i discenti conoscevano un'unica strategia per difendersi dal contatto continuo con la sofferenza: erigere barriere di difesa personale. Tuttavia, queste dovevano poi necessariamente essere mantenute per non farsi travolgere dalla sofferenza del malato terminale; il mantenimento di tali barriere e la paura che potessero non tenere era di per sé un forte elemento di stress, ma se non altro era uno stress "noto". Ora, l'approccio empatico insegna ad accogliere la sofferenza intera senza più nessun tipo di barriera, essendo caratterizzato da uno stato sperimentabile che trascende il concetto stesso di "io" e "altro da me": un mutamento così radicale nel proprio atteggiamento non può non trovare nell'inerzia della consuetudine una fonte notevole di attrito iniziale (gli individui che in entrambi i gruppi hanno segnato un aumento di stress hanno mediamente 15 anni di servizio nel gruppo di sperimentazione e 12 anni e mezzo di servizio nel gruppo di controllo). Tale dinamica, fa rilevare la dottoressa Passalacqua, è nota come "slatentizzazione": *lavorando di più sugli stati meditativi, in una prima fase il discente prende maggiormente coscienza del suo stress latente, lo maschera di meno, e quindi esso si manifesta di più. In seguito si riduce.* Ci si poteva quindi aspettare che, per alcuni, le abilità negative si rinforzassero temporaneamente, e con esse lo stress. E infatti è quello che è accaduto.

A.2.3 Somministrazione a distanza di altri 7 mesi e relativi risultati

Per verificare la veridicità di questa ipotesi, a distanza di altri 7 mesi (giugno 2006) è stata predisposta una nuova somministrazione della batteria di test MBI e HADS ai 16 soggetti che avevano dato segno di aumento di stress (o meglio, agli 11 ancora in servizio e disponibili all'esperimento), presumendo che in tal caso il loro indice di stress sarebbe finalmente sceso, riallineandosi con i risultati dei loro gruppi di appartenenza.

Le 11 persone rimaste in servizio fra quelle che avevano registrato un aumento di stress sono state sottoposte all'identica batteria di test somministrata in precedenza (MBI, HADS). I risultati sono poi stati confrontati con quelli desunti dalle precedenti somministrazioni, come mostra il grafico dell'Appendice 3B.

Lo stress, come previsto, era sceso nel 100% dei casi, riportando il gruppo sulle posizioni di partenza. Possiamo ragionevolmente supporre che, concedendo più tempo a questi 11, e rimisurandoli ancora in seguito, ad esempio dopo 24 mesi, si noterebbero altri progressi.

Il loro percorso in tre rilevazioni, una per colonna, è rappresentato nella tabella che segue.

<i>11 Casi di aumento di stress con successiva diminuzione</i>			
Indice di stress rilevato	1° rilevazione metà aprile 2005	2° rilevazione metà nov. 2005	3° rilevazione 1 giugno 2006
Indice di stress socialmente accettabile	90,90%	45,50%	90,90%
Indice affidabile di stress	0,09%	54,50%	0,09%
Indice dello stress elevato e manifesto	0,00%	0,00%	0%

B.1 Metodologia e ricerca

Per la valutazione della ricaduta in termini economici per l'Azienda Ospedaliera della diminuzione dello stress del personale in seguito all'apprendimento delle tecniche empatiche, lo studio originariamente intendeva avvalersi di due parametri amministrativi, solitamente riconosciuti nelle amministrazioni ospedaliere (e non) come indici di stress: le *assenze* e le *domande di trasferimento*, da parte dei discenti del corso, nei 6 mesi precedenti l'inizio della prima parte del corso e nei 6 mesi susseguenti il corso. L'Amministrazione ha tuttavia potuto fornire solo i dati riguardanti il parametro delle assenze.

B.1.1 Criteri di determinazione del campione

In base ai risultati dei test MIB e HADS che dimostrano come una diminuzione di stress si sia riscontrata tanto nel gruppo di sperimentazione quanto nel gruppo di controllo, questi rilevamenti sono stati volutamente effettuati su *tutti* i 104 discenti della nostra prima rilevazione (quella avvenuta all'inizio della prima parte del corso, *Le tecniche antistress per le équipe terapeutiche coinvolte nel contatto con la terminalità*), o meglio su quelli fra loro che risultavano ancora in servizio al momento della rilevazione stessa, ossia 6 mesi dopo la conclusione della prima parte del corso. Il primo campione è pertanto costituito da 97 persone.

B.1.2 Variazioni nel numero di assenze del primo campione nei 6 mesi prima e dopo la prima parte del corso

In base ai documenti prodotti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel semestre precedente la prima parte del corso le assenze totali del primo campione ammontavano a 848 unità e nel semestre susseguente a 417, con un decremento del -50,8 %. Per verificare se questo andamento è anomalo rispetto al resto dei lavoratori ospedalieri, questo studio prevedeva un riscontro con la media delle assenze del resto del personale ospedaliero nei 2 semestri esaminati, ma questi dati per il momento non sono ancora stati resi disponibili dall'AO, in assenza di fondi per incaricare qualcuno della rilevazione.

B.2 Conclusioni

Il vantaggio economico per l'AO è tuttavia già evidente non solo da questo primo dato, ma perché si tratta di un fenomeno *durevole*: la diminuzione dello stress è fondata sul possesso di strumenti nuovi da parte del personale formato, che quindi può mantenere basso nel tempo il proprio livello di stress. Le ore di formazione (24 ore per 104 persone = 2496 ore) si trasformano in ore di presenza già nel primo semestre e, come vedremo nello studio effettuato su quella porzione di questo campione che ha potuto frequentare anche la seconda parte del corso (*Le tecniche di accompagnamento rivolte ai malati terminali e ai loro familiari*), in miglioramento qualitativo della prestazione e *in maggiore soddisfazione di chi la riceve*.

2.2 Studio n. 2: “Addestramento alle tecniche empatiche di accompagnamento: ricadute sulle prestazioni”

Il presente studio verte perlopiù sui frutti della *seconda e terza parte* del corso ECM, dai titoli:

Le tecniche di accompagnamento rivolte ai malati terminali e ai loro familiari (24 ore di docenza, moltiplicate per tre gruppi di discenti) svoltosi dal 14.11.05 al 1.12.05.

DOCENTI: Daniela Muggia, tanatologa, e Thupten Tenzing, medico chirurgo e medico tibetano (co-docente per 4 ore)

DESTINATARI: personale ospedaliero in contatto con la terminalità che abbia frequentato la prima parte del corso

RILEVAZIONI: a cura dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e di Daniela Muggia

ELABORAZIONE DATI: a cura di Daniela Muggia.

Corso di approfondimento operativo delle tecniche empatiche nell'accompagnamento della fase terminale della vita con riscontro sui casi (16 ore di docenza) svoltosi dal 3.04.2006 al 1.06.06

DOCENTI: Daniela Muggia, tanatologa, e Thupten Tenzing, medico chirurgo e medico tibetano (co-docente per 4 ore)

DESTINATARI: personale ospedaliero in contatto con la terminalità che abbia frequentato la seconda parte del corso

RILEVAZIONI: a cura dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e di Daniela Muggia

ELABORAZIONE DATI: a cura di Daniela Muggia.

Scopi dello studio

A. Determinare le ricadute sui pazienti dell'addestramento alle tecniche empatiche di accompagnamento ricevuto dal personale ospedaliero nella seconda parte del corso, dedicata a *Le tecniche di accompagnamento rivolte ai malati terminali e ai loro familiari*.

B. Verificare che l'applicazione delle tecniche acquisite nel rapporto col paziente non sia fonte di maggiore stress per il personale, né di conseguenze economiche negative per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

A.1 Metodologia e ricerca

Trattandosi di malati in fin di vita o che si spostano da un ospedale all'altro è difficile ottenere un

feedback su un lungo periodo di tempo. Ci si è allora basati sull'elemento "che permane", ossia il personale stesso, che ha fornito liberamente una serie di testimonianze circa l'incidenza delle tecniche acquisite sul proprio modo di lavorare. A sua volta il personale ha raccolto testimonianze spontanee da parte dei malati, che sono confluite nel presente studio.

L'ultima parte di questo feedback rappresenta i miniprogetti avviati dagli operatori stessi all'interno dei reparti e delle loro mansioni, applicando le tecniche di accompagnamento empatico acquisite.

A.2 Relazione

Questa relazione raccoglie tre tipi di testimonianze:

1. *Testimonianze raccolte dal personale*
2. *Casi di autoapplicazione delle tecniche acquisite: quando il personale diventa paziente.* È accaduto che fossero gli stessi operatori che fruivano del corso ad ammalarsi o a subire dei lutti, insomma a conoscere in prima persona gli stress e i traumi a cui sono sottoposti i pazienti, e a voler rendere testimonianza di come l'autoapplicazione dei metodi appresi per alleviare la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie abbia funzionato bene per loro.
3. *Miniprogetti a favore del malato.* Ulteriori 16 ore di laboratorio progettuale, riservate a chi aveva frequentato con profitto la seconda parte del corso, vertevano essenzialmente sulla corretta applicazione delle tecniche in tale corso acquisite, partendo dalla casistica reale ed elaborando piccoli progetti avviati dagli operatori stessi nei loro reparti e all'interno delle loro mansioni.

A.2.1 Testimonianze raccolte dal personale

Il trauma del trattamento "pesante" e delle perdite

- F.R., infermiera professionale in Neuroradiologia, propone i metodi di concentrazione sul respiro e di visualizzazione alle pazienti durante la somministrazione della chemioterapia. F.R. si concentra sul respiro secondo le indicazioni tradizionali di *shamata* per conseguire uno stato mentale di maggiore pace, e da quello stato aiuta il paziente, con l'uso di opportune visualizzazioni, a mutare la sua percezione soggettiva del contenuto della flebo, una percezione che è essa stessa fonte di sofferenza. Le ricerche recenti già citate in questo studio e il lavoro del dottor Carl Simonton vanno in questa direzione, ricordandoci che una percezione soggettiva positiva del farmaco ne sostiene l'effetto, e una percezione negativa accresce l'attività dell'amigdala, coinvolta nell'abbattimento delle difese immunitarie.
Dopo aver preso nota delle resistenze iniziali delle pazienti all'idea di visualizzare il prodotto somministrato come un puro campo di energia luminosa, diverse pazienti accettano di essere guidate.
A distanza di alcune somministrazioni, le pazienti osservano, stupite, un'attenuazione degli effetti collaterali e ringraziano l'operatrice. Muta pian piano la loro percezione della malattia: da "castigo divino" a occasione di trasformazione, uno stato temporaneo che può diventare prezioso, che può concedere loro del tempo per sé, persino nel momento della somministrazione; *dall'orrore della malattia si possono scoprire aspetti positivi e costruttivi.* L'operatrice nota anche che quasi tutte le pazienti hanno alle spalle dei lutti non elaborati (in questo approccio di accompagnamento, tutte le perdite vengono assimilate ai lutti): separazioni, divorzi, mutamenti

traumatici nella loro vita; ma anche l'impressione di perdere, nella malattia, il loro ruolo affettivo, sociale, e così via. Si serve del tempo che le pazienti trascorrono con la flebo per aiutarle ad elaborare queste perdite, secondo i metodi appresi durante il corso. Nota che l'atteggiamento delle malate cambia: "È come se le pazienti non fossero più degli automi, ma avessero ricominciato a vivere la malattia con più consapevolezza, riprendendo in mano le redini della propria vita", scoprendo che essa riserva loro, qualitativamente, ancora molte fonti di gioia. E il loro stress diminuisce. L'atmosfera, riporta F.R., è completamente cambiata, al punto che le colleghe parlano scherzosamente e affettuosamente dei suoi "chemioparty".

Rispondere con creatività alle tensioni dell'altro

- Nella sua lunga testimonianza, F.R. racconta diversi casi. Si serve delle tecniche tibetane tradizionali (meditazione semplice, fondata sull'osservazione del respiro, e visualizzazione), ma soprattutto della creatività che le viene dall'aver raggiunto lei stessa un buon grado di empatia. Con una signora che si presenta alla TAC disperata per la perdita dei capelli, convinta che i familiari "non la vorranno più", F.R., lei stessa portatrice di parrucca perché al momento sotto chemioterapia, se la toglie davanti alla paziente, mostrando, sotto, i capelli in crescita. Aiuta la paziente a disidentificarsi dal proprio aspetto fisico, restituendole il senso d'essere importante, per i suoi, *con o senza* capelli. "Ci siamo messe a ridere come due adolescenti e ci siamo abbracciate a lungo, a discapito del tempo canonico per l'esame... tutte le volte che mi vede mi abbraccia, ringraziandomi per averla rincuorata. Si è comprata una bella parrucca".

Pazienti claustrofobici

- F.R. racconta anche di una paziente claustrofobica, che si presenta per una RM, convinta a priori di non riuscire ad eseguire l'esame ed essendo altrettanto impaurita dall'esito. L'operatrice la invita a rilassarsi, la guida in un esercizio sul respiro, le fa sentire la sua disponibilità, la sua presenza. L'esame va a buon fine. F.R. annota: "Se il nostro atteggiamento non è frettoloso, sterile, distaccato, una buona parte di questi pazienti riesce a fare l'esame. Se il nostro tempo lavorativo non fosse scandito dalla quantità ma dalla qualità, molti pazienti sarebbero più a loro agio".
- C.M. racconta di una paziente gravemente claustrofobica (non ha mai preso l'ascensore da sola) che si presenta per una RM in cui dovrà entrare per intero nel cilindro dell'apparecchiatura, con le spalle che toccano le pareti laterali ed il "soffitto" a 10 cm dal capo. La paziente aveva chiesto che l'esame avvenisse in regime di narcosi, assistita da un anestesista, una procedura che richiede il ricovero in DH; inoltre la dimissione prevede l'impegno di un familiare. La paziente è agitatissima e balbetta a tratti per la paura. C.M. si accorge che le parole non la tranquillizzano, allora propone alla paziente di fare un tentativo senza nessun ausilio medico. Entra lei per prima in stato meditativo e da lì guida la signora nell'osservazione del respiro. Nota che il respiro si fa via via più quieto. La paziente le tiene la mano. La stretta, prima molto contratta, diventa a poco a poco lieve, "come una carezza".
L'operatrice pratica un tipo di meditazione empatica appresa nel corso, detta "dell'amorevolezza" (una tecnica meditativa tradizionale tibetana), in cui si visualizza il paziente in uno stato di quiete e profonda felicità, entrando per primi in tale stato di coscienza. Né l'operatrice né la signora sono disturbate dal fastidioso rumore della macchina; l'operatrice ha l'impressione che il loro respiro sia sincronizzato. Alla conclusione dell'esame, durato 12-15 minuti, la paziente non crede

che sia già finito. Racconta di aver avuto la sensazione d'essere stata in un altro posto (C.M. le aveva suggerito di evocare un momento felice della sua vita, un luogo o una persona piacevole). La paziente ha chiesto di esser seguita da questa operatrice anche nei futuri controlli, e senza anestesia. Esce dalla stanza e rincuora i pazienti in attesa, dicendo loro che l'esame non è nulla, se ci si fa guidare dall'infermiera. La quale, in un'altra testimonianza, dice: "Se ne fossi capace, questo tesoro, questo anestesista tascabile lo passerei ai colleghi".

Pazienti psichiatrici

- Un altro dei casi riportati da F.R. è quello di un paziente oligofrenico, proveniente dalla Clinica Psichiatrica e candidato a un'anestesia per poter stare fermo durante l'esame (RM). Tuttavia, quando si presenta è lievemente influenzato, con tosse e raffreddore; la sua magrezza indica inoltre uno stato carente, e viene esclusa la possibilità dell'anestesia. I colleghi dell'operatrice preferirebbero rinviare l'esame, ma lei chiede di poter usare i metodi che ha imparato nel corso. Entrando in stato empatico, nota che l'uomo ha una discreta capacità di attenzione, gli spiega che l'esame durerà 15 minuti, e lo invita a rilassarsi seguendo il respiro e mirando a certe zone del corpo che sono più tese. Il paziente le chiede di entrare con lui nella stanza e di tenergli la mano. Durante tutto l'esame, l'operatrice lo aiuta a controllare il tic con il respiro e le visualizzazioni, e la sua rassicurante presenza gli ricorda ad ogni istante la sua completa disponibilità. L'esame va a buon fine, e l'operatrice commenta: "Il paziente psichiatrico spesso non viene preso in considerazione come un paziente normale, e la sua apparente estraneità al mondo che lo circonda a volte viene usata come alibi sia dal paziente, che rifiuta così ogni tipo di terapia, sia dagli operatori, che tendono a scaricarlo come se fosse privo di ogni dignità. Nulla di più sbagliato. Utilizzando pazienza e compassione, mettendolo a proprio agio, anche le cose impossibili diventano possibili, anche se apparentemente sembra di perdere tempo".
- B.M. (U.O. Radioterapia) racconta di un paziente con grandi problemi fisici (tumore alla laringe) e mentali (nevrosi ossessivo-compulsiva, paura di contagiarsi, di toccare e di farsi toccare, mania di pulizia). Il paziente, dice, era "nonostante tutto molto lucido". Il primario cercava di spiegargli cosa gli sarebbe stato fatto prima e durante la cura, ma il paziente era sempre più agitato e faceva sempre più domande al suo interlocutore che, a sua volta, era pressato dal tempo; si era, insomma, innescata una dinamica in cui l'agitazione cresceva invece di diminuire, e in cui restava ben poco spazio per interventi di pacificazione. L'operatrice si è limitata ad entrare in meditazione e in ascolto profondo, cercando con la sua presenza di essere quieta in mezzo a quella tempesta emotiva, sapendo che questo stato può essere recepito *empaticamente* dal paziente. Soprattutto si è servita delle tecniche aptonomiche di Marie de Hennezel, "toccando" il paziente con lo sguardo ogni volta che gli chiedeva se aveva bisogno di aiuto. "Alla fine delle quasi due ore trascorse insieme e prima di andarsene via, il paziente mi ha chiesto se mi poteva fare una carezza e io naturalmente ho detto di sì. Mi sono sentita anch'io accolta, ed è stata una sensazione bellissima".

Pazienti in stato di tensione

- C.M. lavora in radiologia. Molti sono i pazienti che vengono da lontano, che si presentano con diverse ore di viaggio alle spalle e che dopo l'esame devono tornare a casa. Una signora si presenta per una TAC cuore-coronaria, un esame che dura circa 2 minuti ma richiede una frequenza cardiaca tra i 60 e gli 80 battiti al minuto. La paziente è visibilmente agitata (frequenza

100) e chiede di esser avvisata per tempo dell'inizio dell'esame perché intende assumere del Valium.

L'operatrice glielo sconsiglia, pensando al viaggio di ritorno (la signora deve guidare fino a Genova). L'operatrice intuisce che non sia per l'esame che la signora è agitata e si dispone all'ascolto; infatti la donna ha perso il marito la settimana prima, in un incidente stradale (lutto con aggravante: morte improvvisa). C.M. usa il linguaggio del corpo, come ha imparato nel corso, per segnalare la sua disponibilità: non dice nulla, non commenta, mentre la signora coglie al volo quest'opportunità per "riversare come un fiume in piena tutto il suo dolore". "Ero lì per lei, completamente a sua disposizione", racconta C.M. Pian piano la paziente si acquieta e autorizza verbalmente l'operatrice ad allontanarsi fisicamente da lei; si alza e si ripresenta dal medico, dicendogli: "Se vuole ora possiamo fare l'esame"; il suo polso è sceso a 66. Il medico s'informa presso l'operatrice, chiedendole cos'ha somministrato alla paziente per ottenere una tale riduzione della frequenza *in così breve tempo*.

L'operatrice spiega di non aver somministrato nulla e la paziente, interpellata dal medico, conferma, descrivendo l'accompagnamento ricevuto in questi termini: "ha preso un gran sacco che mi pesava sulle spalle, l'ha capovolto e svuotato. Ora non c'è più". Dopo l'esame la signora ringrazia C.M., che nota come l'espressione del viso sia cambiata. La signora dice che per la prima volta si accinge a rientrare a casa senza paura, perché sente suo marito presente, come se fosse con lei, nel suo cuore. Dice che, pur essendo circondata da molte persone, nessuna le ha saputo dare quella qualità di ascolto che ha ricevuto da C.M.; da allora, scrive C.M., si sono verificati molti episodi simili anche se molto più brevi, in cui l'ascolto silenzioso è stato risolvante rispetto alle tensioni dei pazienti.

Paura della morte

- F.R. racconta il caso di una coppia di anziani molto uniti fra loro, uno dei quali (il signor G., il marito) è sottoposto alla chemioterapia. Viene accompagnato ogni volta dalla moglie, la signora M., e l'operatrice accompagna entrambi. Nota che l'uomo, dopo il trattamento, ha un forte appetito, e invita la coppia a trasformare l'occasione in un momento di festa tutto per loro, che si rivela davvero tale. Il giorno della terapia diventa "oggi non si cucina: ristorante!". Sapendo che *aiutare i familiari ad accompagnare il malato consente loro di elaborare in buona parte il lutto prima ancora che esso avvenga*, l'operatrice insegna inoltre alla signora qualche tecnica di accompagnamento per gli ultimi istanti, e la guida nelle letture che hanno formato la base del nostro corso. Il paziente morirà qualche mese dopo (non di cancro), e l'operatrice riceverà un feedback dalla signora M.: "M. mi ha telefonato dicendomi di aver applicato gli insegnamenti del *Libro tibetano del vivere e del morire* per quel che riguarda la morte, [...] aveva trovato conforto dall'essere stata vicino a G. in quel preciso istante [...]. Mi ha spiegato che era stato cremato, perché queste erano le sue intenzioni, e che era contenta di aver esaudito questo desiderio. In lei c'era la certezza di aver fatto quanto di meglio era stato possibile, e molta serenità. L'ho aiutata [...] a esprimere la rabbia della perdita improvvisa, a conoscere la profondità del suo dolore e a sentire quanto le fossi vicina in quel momento [...]. M. è diventata una volontaria all'ospedale di Bologna. Legge ancora il *Libro tibetano del vivere e del morire* che definisce 'il nostro legame indissolubile'".

Accompagnare i bambini

- F.R. racconta dei “mercoledì” in cui la RM diventa “un distaccamento della Pediatria, con una fascia di età che varia da 1 giorno a 18 anni”. Di solito si pratica l’anestesia per addormentare i piccoli pazienti, ma i giovani malati oncologici, che sono più preparati e anche molto insofferenti a causa delle molte medicazioni cruenti, della chemioterapia ed altri trattamenti difficili, hanno in genere due tipi di reazione: l’assoluta ribellione o il coraggio di sottoporsi all’esame senza anestesia. A volte è il loro stato di salute a non consentire l’anestesia, o altri fattori. In tal caso “ci si prova”, e se poi non si riesce si rimanda, il che sarà fonte di nuove apprensioni, soprattutto per i genitori. F.R. dunque trasforma la RM nel *gioco dell’astronave*: se uno riesce a fare tutto il viaggio stando fermissimo, vince un premio. Qui è importante la collaborazione dei genitori, che devono sapere cosa sarà il premio gradito (magari una cioccolata o un giocattolo) e poi premiare il bambino: “ho notato che diventare un po’ bambini è una specie di lasciapassare; ci si mette sullo stesso piano, e intanto si esegue l’esame”. Racconta di un piccolo incontenibile, di 4 anni, che non poteva venire anestetizzato perché era raffreddato: F.R. ha preso un guanto di lattice e ne ha fatto con lui un palloncino, con occhi e bocca, ma l’agitazione del piccolo non si placava. Allora è passata al registro della complicità e della magia: in spogliatoio gli ha fatto vedere che i suoi capelli erano speciali, potevano essere “sollevati” (F.R. porta la parrucca), e quello sarebbe stato il loro segreto. Gli ha garantito che, se fosse stato fermissimo durante l’esame, a lui non sarebbe successo niente di simile. L’esame andò benissimo e in premio il bimbo chiese di vedere ancora quella magia. Fu accontentato e si divertì moltissimo.
- R.M. racconta dell’arrivo in DH di una ragazzina seguita già in oncoematologia pediatrica per PNET in fase terminale: “La ragazza lamentava dolore generalizzato. Nonostante fosse in terapia con la morfina i medici non riuscivano a sedare il dolore. È stato chiesto a degli psicologi che trattano il dolore con la figurazione visiva o il guanto magico di provare a ridurre il dolore, ma dopo circa un’ora di tentativi non si vedevano benefici. Quando il medico ha detto che la voleva ricoverare per poterla sedare, ho chiesto se potevo provare io. Sono entrata nella stanza, era buio, avevano abbassato tutte le tapparelle e spento tutte le luci. Le ho detto chi ero e le ho chiesto se mi permetteva di accendere la luce notturna. Lei ha fatto un respiro profondo e ha detto di sì. Come si è accesa la luce lei ha cercato i miei occhi, ha allungato le sue mani, ha preso le mie e se le è appoggiate sulla testa. Le ho detto di ascoltare il suo respiro. Ho iniziato a meditare. Ho passato circa 30 minuti con le mie mani sulla sua testa, dopodiché lei si è addormentata e ha dormito per circa due ore. Quando si è svegliata mi ha detto che il suo dolore era dovuto a delle nuove ‘cisti’ che le erano comparse sulla testa e lei non sapeva cosa fossero”. L’operatrice si accorge che la bambina ha bisogno di prendere atto della sua malattia, e che è lei stessa ad indicare come vuole che questo avvenga. Segue dunque la regola dell’accompagnamento che ha imparato, che parte dall’ascolto dell’altro e dal riconoscimento che è il malato a “guidare”. Si accorge che per la giovane paziente in qualche modo toccare quelle protuberanze le faceva diventare famigliari.
La sera la ragazzina viene ricoverata per iniziare l’infusione di morfina. La notte successiva lamenta ancora dolore, ed è la madre a chiamare l’operatrice chiedendole di aiutare ancora la figlia. “Sono entrata nella stanza e ancora una volta mi ha preso le mani, se le è appoggiate sul capo e mi ha detto ‘fammi respirare’. Siamo rimaste così per circa 20 minuti, poi si è addormentata. Al mattino, prima di lasciare il reparto, le ho lasciato sul comodino un foglietto con scritto ‘buona giornata’. La giornata è stata piena di sofferenza perché ha iniziato la radioterapia. Alle 22 quando sono arrivata ho trovato la madre che mi stava aspettando. Sono entrata nella stanza, e come solito la ragazzina ha preso le mie mani e mi ha chiesto di farle toccare quelle ‘cisti’ che aveva sulla testa. Dopo che le ha toccate ha pianto. Sono stata ad

ascoltarla piangere senza parlare, non ha mai lasciato la mia mano e il mio sguardo. Poi mi ha detto ‘respiriamo’. Alle due circa si è addormentata e per la prima volta aveva il sorriso sulle labbra”.

Aiutare gli altri a risolvere le faccende in sospeso

- C.A. si è trovata ad aiutare una persona a risolvere un conflitto tra fratelli, che dopo in litigio si salutavano appena e avevano troncato ogni rapporto. Ha guidato la persona a risolvere il conflitto unilateralmente, servendosi di una tecnica messa a punto da Christine Longaker, derivante dalla Gestalt e da una tecnica meditativa tibetana.

Accompagnamento di una paziente straniera: dove le parole non servono

- L.V. racconta di B., una paziente peruviana che arriva con una forte emorragia. La diagnosi è cancro alla cervice in stato avanzato, si decide per l'intervento l'indomani, a cui faranno seguito la chemioterapia e la radioterapia. Alla paziente viene comunicata la diagnosi istologica certa solo al momento della dimissione, e, dice L.V., “io la incontro al momento di consegnarle il plico per il Centro Oncologico. Il suo sguardo è carico di dolore. Non conosce abbastanza bene la lingua per capire tutto quello che le hanno spiegato. Ci siamo sedute una di fronte all'altra, ci siamo prese per mano, in silenzio, per ascoltarci”. L.V. usa la tecnica della riformulazione che ha appreso nel corso: la malata si racconta, parla dei bambini, della sua terra lontana; parlano della percentuale di guarigione. Segue un silenzio caloroso e aperto. Nessuna delle due prova imbarazzo per questo. Poi la paziente si alza, e con un timido sorriso la ringrazia.

A.2.2 Casi di autoapplicazione delle tecniche acquisite: quando il personale diventa paziente

F.R.: testimonianza di una paziente

- Questa operatrice è contemporaneamente anche una paziente oncologica dell'ospedale. Il suo mutamento da persona spaventata a persona che diventa creativa nell'aiutare e stessa e gli altri, mirando alla qualità della vita, è di per sé illuminante. Scrive: “Non sarei stata in grado di aiutare nessuno se non avessi aiutato prima di tutto me stessa. Quando mi sono messa ‘al lavoro’ avevo molte convinzioni da abbattere, molte resistenze, soprattutto perché la parte razionale della nostra mente tende a farci vedere quello che vuole. Morire è una trasformazione, un cambiamento di stato che richiede una preparazione per poter avvenire nel modo più sereno possibile; si trattava di togliere blocchi legati all'egoismo, al risentimento, al giudizio, applicando il perdono verso chi ci ha ferito e chiudendo le faccende in sospeso; perdonare i torti subiti significa mettersi in uno stato consapevole di compassione, trovare una motivazione al comportamento dell'altro in quel determinato momento, considerare che quella era la sua unica possibilità di reazione, legata alle sue capacità di allora. Portare a termine le cose in sospeso significa valutare la possibilità di sistemare oggi quello che forse ci avrebbe fatto più comodo rimandare a domani”. Tra i metodi presentati nel corso, F.R. ha scelto di seguire per sé, in particolare, l'approccio di Carl Simonton, che “consiste nel prendere consapevolezza della malattia, attivarsi per migliorare lo stato di salute, la qualità della vita, con un atteggiamento più consapevole riguardo alla morte, sviluppare

un pensiero sano e costruttivo, riprendere in mano la gioia e la serenità: tutto questo coinvolgendo in modo particolare un componente della famiglia che funge da persona di sostegno”. Scopre così che una persona a lei molto cara non è affatto distante da lei ma ha solo difficoltà ad esprimere il suo stato d’animo: cade allora ogni barriera, e l’intimità è riconquistata. Aggiunge: “Io sono pronta per un’eventuale dipartita, e mi fa piacere che gli altri vi si preparino con consapevolezza e dignità”.

C.B. elabora un grave lutto personale, aiutando anche gli altri famigliari ad elaborarlo

- Muore all’improvviso il fratello, la persona che più ama al mondo: un lutto “troppo grande, inspiegabile e terribilmente pauroso e doloroso”. Lo elabora fin da subito, aiutando i suoi genitori a fare altrettanto, estendendo anche a loro gli strumenti che ha acquisito nel corso: “Erano molto lontani da loro stessi; ora lo sono di meno”, scrive. “Osservo i piccoli e grandi mutamenti del nostro modo di agire, di parlare, di pensare. Mi scopro sincera e aperta con loro come non lo sono mai stata”. Esperisce sogni lucidi, rasserenanti, che collimano con quanto viene riportato nelle NDE (Near Death Experiences) e nei testi tibetani tradizionali, e la stessa cosa accade ad altri membri della famiglia.

M.R. riesce a elaborare un aborto spontaneo

- Dopo tanta attesa, ecco la gioia di una nuova gravidanza... che però si conclude con un aborto spontaneo poco dopo essere iniziata. Nei primi due giorni il dolore è soverchiante e i tentativi di applicare a se stessa le tecniche apprese nel corso non funzionano; funzionano però dal secondo giorno in poi: “È come se tutto avesse avuto un senso e una logica – dichiara. – Ho provato una pace strana; sapevo che non potevo trattenere ciò che non può restare, e che se anche era rimasto con me pochissimo lo avevo comunque amato tanto. Ho già perso altri due bimbi prima di questo, ma per la prima volta ho capito che mai ci si deve arrendere e che non è importante per quanto tempo stai con qualcuno per amarlo, ma quanto amore abbiamo da dare”.

A.2.3 Miniprogetti a favore del malato

Restituire la comunicazione

- *Ai miastenici gravi*: il progetto è rivolto ai miastenici gravi, nel polmone d’acciaio, che vivono in uno stato di disperato isolamento comunicativo: sono come morti anzitempo, ma la loro mente è sveglia e lucida. I familiari e gli amici li abbandonano, sentendosi completamente impotenti davanti alla sofferenza di questi malati, e all’impossibilità di comunicare con loro. Questo non fa che aggiungere sofferenza alla sofferenza. Il progetto mira a ripristinare immediatamente una comunicazione fra il malato e il personale, con il sistema “1/2 battiti di ciglia = sì/no”, esercitabile su tabelle alfabetiche e tavole di raffigurazioni degli stati d’animo o disagi fisici fondamentali, materiale già presente in ospedale e reperibile in rianimazione e presso i logopedisti. Anche l’investimento in termini di tempo è minimo, perché di fatto, una volta ripristinata la comunicazione di base, con il consenso del malato, si aiutano i famigliari a riappropriarsi del proprio ruolo di sostegno, muniti delle medesime tabelle e di maggior tempo di

quanto possano avere gli operatori, che ad ogni buon conto, in base all'approccio dell'accompagnamento spirituale, non si sostituiscono alla famiglia ma la aiutano a svolgere il proprio compito a fianco del malato. Il ripristino della comunicazione è importante anche alla luce degli attuali orientamenti in materia di direttive anticipate, a cui questi malati forse non hanno pensato quando ancora potevano comunicare, e nella cui casistica potrebbero ora a buon diritto ricadere.

- *Ai laringotracheotomizzati*: spesso è durante l'intervento chirurgico che si definisce l'entità dell'operazione, e molti malati scoprono solo al risveglio che non parleranno mai più come prima, e quali disagi ormai li attendono. È importante aiutarli a capire che c'è altro in noi, *oltre la parola*, che si esprime, e che è "quello" che ci rende maggiormente vivi, amabili e capaci di amare.

La fase depressiva che attraversano può essere accompagnata dal personale addestrato, attraverso un colloquio con il malato e già affiancando il chirurgo nel momento della diagnosi. Di fatto si tratta di una fase di ascolto empatico del paziente, cui fa seguito una riflessione in cui lo si incoraggia a ricordare che lui non è soltanto la sua voce, ma moltissime altre cose, che lo rendono una persona unica, e che queste cose rimangono intatte. Le si trovano insieme a lui, spostando l'immagine che egli ha di sé su questi altri valori, e riducendo di fatto la sofferenza indotta dal perdere la componente vocale. È più facile e richiede meno tempo offrire questa forma di accompagnamento prima dell'intervento, quando le facoltà di parola sono ancora presenti. L'ideale sarebbe che il personale addestrato potesse affiancare il chirurgo nel momento della comunicazione della diagnosi, liberandolo tra l'altro del notevole impegno temporale che richiede l'adeguato trattamento delle ricadute emotive, che – proprio per questo – rischierebbero di venire trascurate.

Accompagnamento dei pazienti oncologici che si vedono per breve tempo

- Al Rasori, day hospital con molti casi oncologici, è in atto un miniprogetto che trae ispirazione da un progetto voluto da un'associazione di donne operate. Adattato in base alle tecniche apprese nel corso, esso prevede il riorientamento della mente del paziente, incentrata sulla propria sofferenza durante le terapie, verso un pensiero altruistico e creativo. L'approccio si fonda su un principio ben noto alle neuroscienze, in quanto ha lo scopo di attivare le zone cerebrali preposte alla felicità a scapito dell'amigdala, preposta alla depressione e all'immunodepressione. Ai pazienti viene chiesto di immaginare che cosa vorrebbero trovare scritto in un messaggio dentro a una bottiglia, o dentro a un palloncino, in cui dovessero imbattersi in un momento particolarmente buio della loro vita, e di scrivere quel messaggio, sapendo che verrà messo in un palloncino o in una bottiglia. Di fatto il "palloncino" o la "bottiglia" in questione potrebbe essere un raccoglitore, e forse in futuro, con l'aiuto di qualche associazione, un libro, a disposizione degli stessi futuri pazienti che, arrivando in reparto per le terapie pesanti, si sentiranno accolti dall'amore dei pazienti che vi sono passati prima di loro.

Una seconda parte del progetto, che coinvolge anche gli operatori non formati, è una "contaminazione" proveniente dalla tecnica del "testimonial", di solito usata nell'elaborazione del lutto: al paziente viene consegnata una piccola testimonianza di apprezzamento da parte del personale. Lo scopo è aiutare il malato a disidentificarsi dalla sua malattia, è significargli che lui non è solo una malattia ma una persona unica, intera, preziosa, e sancire che l'incontro tra il personale e lui, al di là di un incontro tra competenze professionali, resta un incontro tra persone, caloroso e innegabile. Può trattarsi di una frase composta dal personale stesso (dovrà in tal caso

riflettere la composizione di un “pensiero sano” secondo le indicazioni del dottor Simonton), oppure essere semplicemente estratta dai testi che sono stati consigliati per la ricerca dei “testimonial” nella parte del corso in cui si è affrontato l’accompagnamento del lutto.

- Sul riorientamento della mente durante le terapie è anche fondato un piccolo progetto portato avanti da un’operatrice in un altro reparto; qui vengono insegnate alle pazienti che lo desiderano delle facili tecniche meditative, perlopiù provenienti dalla tradizione tibetana e dal metodo Simonton. La chemioterapia diventa allora un momento di minore sofferenza, è “il tempo che possiamo dedicare a noi stessi”, al nostro benessere. Gli studi psico-oncologici di Simonton dimostrano inoltre un impatto nettamente minore degli effetti secondari sui pazienti che meditano e visualizzano.

Meditazione e claustrofobia durante la TAC e la RM

- A seguito delle testimonianze citate in precedenza, è stato privilegiato l’ascolto empatico del paziente, prima dell’esame, e l’invito a fare una piccola prova, sapendo che il paziente potrà sempre scegliere di richiedere l’intervento dell’anestesista, comunque presente. Non diversamente dal nervosismo, anche uno stato di profonda quiete e di empatia è contagioso (esistono in questo senso diversi autorevoli e recenti studi americani); l’operatrice dunque entra lei stessa uno stato meditativo empatico, infilando nel contempo la mano sotto il coperchio, e toccando il paziente, con il suo consenso. Questo basta quasi sempre a mantenerlo quieto durante l’esame, il che ha drasticamente ridotto il ricorso all’anestesista, senza contare la ricaduta che questo ha sull’immagine che il claustrofobo ha di sé, di solito seriamente minata da questo suo pesante condizionamento.
L’approccio è interessante anche in considerazione dell’aumento dei comportamenti depressivi in Occidente, a cui possono accompagnarsi attacchi di panico.

Alleviare le sofferenze derivanti da emozioni opposte (confronto vita/morte)

- In ginecologia e ostetricia, l’ascolto empatico ha permesso di rilevare un’oggettiva difficoltà di “convivenza” nella medesima stanza di pazienti la cui vulnerabilità accertata dipende tuttavia da emozioni opposte, che fungono da reciproco aggravante. Si tratta delle pazienti che sono ospedalizzate per un aborto e per la fecondazione assistita. Per le seconde, la scelta abortiva è più che una provocazione, visto il delicato, lungo e doloroso percorso che hanno intrapreso nella speranza di avere un figlio. Per le prime, il contatto con donne che ricercano disperatamente la maternità risulta in un meccanismo di ulteriore colpevolizzazione, oltre a quelli che nella maggior parte dei casi già si scatenano da soli.
Nell’oggettiva impossibilità, per ora, di dividere fisicamente i due gruppi, sono allo studio delle attività tipo “gruppi di parola” che potrebbero essere avviati dal personale addestrato e poi quasi del tutto autogestiti nel corso della giornata, per non gravare sui tempi del personale; nei gruppi di parola si esercita di fatto un tipo di ascolto empatico, privo di giudizio dell’altro. Le donne che lo desiderano potrebbero imparare ad ascoltare la sofferenza dell’altra, senza giudicare.
Sarebbe certamente utile cominciare dal *setting* esterno: i gruppi di parola sono una forma di accoglienza, e l’accoglienza dell’ambiente circostante è importante nell’approccio empatico. Con mezzi davvero ridotti e un poco di creatività, è possibile rendere accogliente l’ambiente.

Accompagnare i bambini

- *Il film.* Fra le cose che sono state insegnate in questo corso, vi è l'impellenza di fare uscire il paziente dal senso di impotenza, di "esproprio" del corpo, in cui spesso confessa di trovarsi quando tutti sembrano sapere cos'è bene per lui. I bambini si sentono maggiormente impotenti perché sono piccoli, ed assistono inoltre a dinamiche di dolore familiare che da un lato scatenano in loro un senso di colpa, e dall'altro acquisiscono il senso di impotenza. Sono diversi i progetti che, nel mondo, fanno uso della cinepresa e delle risorse ormai infinite dei computer per consentire ai bambini di "parlare" attraverso la metafora dell'immagine, riappropriandosi di loro stessi per mezzo di uno strumento potente, ritagliandosi il ruolo di protagonista, o regista, ecc. Tuttavia è ancora raro poter disporre delle specificità tecnologiche richieste. Ben venga dunque lo "sfruttamento" (in senso buono!) di progetti presenti sul territorio a cui è possibile aggregare i bambini che si avvicinano alla fine della loro vita. Qualcosa di simile è accaduto nel reparto di oncoematologia infantile, nell'ambito di una collaborazione fra scuole esterne e scuole ospedaliere. Il tema si prestava in modo eccellente: trattava il tema biblico dei giorni della creazione, e a ogni bimbo era assegnato un giorno: se tu fossi Dio, che cosa faresti? Il bambino aveva a disposizione brani di film, l'uso di una cinepresa, immagini, musiche per sentirsi il regista della Creazione a modo suo. Il video prodotto da uno di questi bambini ha una valenza didattica enorme per gli operatori, perché mostra precisamente come un bambino può riuscire non solo ad esprimere dei valori molto alti, ma lasciare una sorta di testamento spirituale. Nel caso specifico, è visibile un messaggio destinato alla famiglia disfunzionale. Il messaggio è chiaro e resta l'auspicio che sia stato colto. È mancata l'occasione di lavorare direttamente in reparto con gli operatori formati e i genitori del bambino, intervento che avrebbe potuto offrire ai genitori uno strumento in più per stare accanto al figlio con minori tensioni per loro stessi e per lui.
- *Il girasole:* anche qui, un'insegnante ha proposto di riciclare ai fini dell'accompagnamento della sofferenza un progetto nato per uno scopo diverso. Le modalità di invito alla formulazione di un messaggio sono simili al progetto del messaggio nel palloncino ("se, quando ti senti giù, trovassi un messaggio scritto sui petali di un grande girasole, cosa ti piacerebbe leggerci?"), ma qui il "luogo" in cui è depositato il messaggio "alto" e consolatorio proveniente dal bambino e rivolto ad altri bambini è un petalo di un fiore gigante, sempre consultabile dagli altri bimbi, come un'antologia vivente. E chissà che non diventi davvero un'antologia, di grande aiuto e consolazione a genitori e bimbi, disponibile per tutti, con il sostegno di qualche associazione di genitori.

A.3 Conclusioni

I dati di questo feedback consentono fin d'ora di valutare positivamente l'impatto delle modalità operative messe in atto sulla riduzione della sofferenza globale del paziente, tenendo presenti i limiti della rilevazione, ovviamente: il problema della *tracciabilità* dei dati è fortemente sentito in chi studia l'accompagnamento della fine della vita, e non sono per il momento disponibili dei metodi del tutto soddisfacenti. L'entrare e uscire dall'ospedale, il variare di reparto, l'essere inviati a volte in altri ospedali per altre terapie rende il compito quanto mai arduo, per non parlare delle difficoltà di rilevazione negli ultimi giorni di vita, fondate essenzialmente su forme di osservazione esterna, che comunque deve tenere conto perlopiù della sedazione, e dell'inaccertabilità del come il paziente abbia potuto vivere il momento della propria morte.

Partendo dall'identificazione empatica con la sofferenza del paziente, i “miniprogetti”, senza richiedere nessuna particolare risorsa all'Azienda, sono in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti, a partire dalla diagnosi infausta, o dal momento in cui si confrontano con la morte (per esempio, un aborto).

B.1 Metodologia e ricerca

L'iscrizione alla seconda parte del corso, nel Novembre 2005, è stata riservata a chi ne aveva frequentato la prima parte o poteva dimostrare di aver frequentato formazioni di analogo contenuto.

Solo dopo la seconda parte del corso i discenti hanno cominciato ad applicare al loro rapporto con i pazienti le tecniche empatiche apprese, ed era proposito di questo studio verificare che questo non costituisse un aggravio in termini di stress e quindi non fosse foriero di nefaste conseguenze economiche per l'AO.

B.2 Criteri di determinazione del campione e parametri di valutazione

Raccogliere le testimonianze dirette degli operatori circa l'autopercezione del proprio grado di stress, tanto nella vita professionale che nella vita personale, e confrontarne il risultato con dati oggettivi, forniti dall'Azienda Ospedaliera che, come nello studio precedente, ha monitorato le assenze avvenute nel semestre precedente e successivo allo svolgersi della seconda parte del corso, effettuato sul campione formato da 52 dei 59 discenti che hanno frequentato la seconda parte del corso (quelli, cioè, che erano ancora in servizio al momento dell'ultimo rilevamento, avvenuto a fine maggio 2006).

B.2.1 Testimonianze dirette degli operatori

M.R. appiana una lunga relazione conflittuale, fonte di molto stress

- Dopo un'animata discussione con un membro della famiglia, constatando che le parole sembravano far crescere l'aggressività, M.R. decide di usare il linguaggio del corpo come tecnica per appianare le tensioni. Si alza e poggia le mani sulle spalle della persona con cui è sorto il conflitto verbale. L'animosità si spegne e per la prima volta dopo 20 anni questa persona poggia la propria mano su quella dell'operatrice. Da allora il rapporto comincia a cambiare.

L.L. apprezza quello che ha imparato a fare

- L.L. dice che quello che ha appreso nella prima parte del corso (quella dedicata allo stress degli operatori) gli è servito molto: “Mi ha reso consapevole di cose che prima non riuscivo ad apprezzare, meno stressato sul lavoro e nella vita quotidiana”. In particolare rileva l'importanza, per lui, di ritrovarsi a praticare le tecniche meditative apprese insieme ai compagni di corso. Conclude: “Non ho cose particolari da annotare, solo l'apprezzamento di quello che si è fatto e che si farà, che mi sembra molto buono per me, per il mio lavoro (sia nelle relazioni con i colleghi che con i pazienti) e nella vita”.

C.M. non si sente più impotente davanti al dolore

- C.M. racconta: “Fino a poco tempo fa non riuscivo a portare a termine un turno con i pazienti oncologici. Sopravveniva una tristezza e un senso di assoluta impotenza anche solo nell’accogliere e nel congedare il paziente. Oggi non solo porto a termine il turno ma sono serena e, a loro dire, lavoro bene. Spesso mi congedo da loro allungando una mano, e loro mi abbracciano e mi dicono ‘al prossimo controllo ci sarà di nuovo lei?’. Una paziente oncologica mi ha salutata dicendo: ‘Non si stanchi di essere così con noi... abbiamo bisogno di persone come lei, e anche l’esame più duro e preoccupante diventa superabile’. È stata una bella gratificazione. Anche se non sono tanto costante negli esercizi, fa davvero piacere essere riusciti a cambiare. La chiave funziona”.

Solo cinque minuti del nostro tempo

- C.A. dice: “Imparare a rapportarsi fa bene a sé e agli altri. Ho imparato ad appoggiare una mano sulla spalla, accarezzare una mano, fermarmi per dare ascolto, dare importanza ai problemi degli altri. Ho avuto molto in cambio: non mi chiamano più ‘infermiera’ ma per nome, e quando mi capita di incontrare ex-pazienti anche per strada o nei negozi ricevo calorosi saluti e ringraziamenti per tutto; terminano dicendo che tutto l’ospedale dovrebbe prendere esempio dalla nostra Unità Operativa (DH, Pneumologico Rasori). Ho scoperto quanto grande sia la disperazione dei pazienti oncologici: prima di ammalarsi hanno un’idea astratta della morte, come di una cosa che a loro non sarebbe mai capitata. La famiglia è già in lutto dalla diagnosi. Il malato è solo, mentre la sua vita si stravolge”.
Un’utente che aveva telefonato per informazioni sull’esecuzione di una visita ha trovato in lei una tale disponibilità che ha domandato: “È cambiato l’ospedale o sono solo fortunata a trovare un’operatrice tanto disponibile? Spero che altro personale segua il suo esempio”. C.A. conclude: “Tutto ciò mi ha rubato solo cinque minuti del mio tempo”.

Non sentirsi più svuotati dinanzi alla sofferenza

- M.B. lavora in radioterapia, e racconta come il suo approccio sia cambiato con questo esempio: “Una signora, venuta per effettuare la radioterapia alla mammella, era gravata da altri problemi personali (aveva già subito un intervento all’altro seno per un cancro) e familiari (il marito, dopo uno screening, aveva scoperto di avere un tumore al colon con metastasi multiple ad altri organi; la madre aveva avuto pochi giorni prima un’emorragia cerebrale), il mio primo istinto è stato di ritirarmi, di isolarmi da questa situazione tristissima e di eseguire l’esame come se fossi un’altra persona”. Poi si è ricordata di cosa aveva imparato nel corso, si è rimotivata, è entrata in meditazione, e “da questa situazione mentale di pace e di quiete sono entrata nella stanza dov’era in attesa la paziente in lacrime, le ho messo un braccio intorno alle spalle, ho ascoltato il suo sfogo e poi le ho ricordato che doveva curarsi per poi poter aiutare i suoi cari che ne avevano così bisogno. Ho eseguito l’esame da questo stato di compassione verso la signora che, alla fine, mi ha ringraziata moltissimo. E anch’io mi sono sentita molto meglio e non svuotata come di solito mi accadeva in queste situazioni piene di dolore”.

Lavorare in questa A.O. è un privilegio da rivalutare

- M.O., del D.H. Rasori, scrive: “Lavorare in questa Azienda Ospedaliera è un privilegio da rivalutare, non solo per arrivare a fine mese, ma per le tante persone che col cuore aperto vengono a te. L’ascolto empatico che ho imparato al corso mi è indispensabile per mettermi nei panni degli altri senza paura. Il loro sentire diventa mio. I malati si lamentano del troppo tecnicismo, del distacco di noi operatori; questo corso ha portato una cosa oggettiva: la riduzione di queste distanze a favore di una comprensione nuova, vera”. Cita la dichiarazioni dei pazienti a seguito di questo suo nuovo approccio: “Quando vengo qua mi sento un po’ a casa, ci sto bene”; “Non fatemi cambiare reparto, non posso stare qua anche stanotte?” oppure “Ci sei anche tu nel reparto dove vado?”. Ma la dichiarazione più toccante le viene da una paziente che ha continuato ad accompagnare anche fuori dall’ospedale, sulla tomba del figlio morto per una cardiopatia nel fiore degli anni: “voi siete i miei angeli! Nella mia vita non sono mai stata amata così!”.

B.2.2 Dati forniti dall’AO

In base ai dati forniti dall’AO, questo campione, che abbiamo definito n. 2 per distinguerlo da quello di cui al punto B.1 dello studio precedente, mostra *un’ulteriore riduzione delle assenze complessive*: da 368 unità si passa a 253, con un decremento pari al -31,3%. Ricordando che questi 52 soggetti facevano perlopiù già parte del campione n. 1 dello studio precedente, possiamo notare che il risultato in termini di minori assenze continua ad essere durevole: le assenze decrescono anche esaminando l’arco dei 18 mesi. Attribuendo virtualmente a questi 52 soggetti la media di assenze pro capite del campione n.1 nei 6 mesi precedenti l’inizio della prima parte del corso, passiamo da 8,75 unità di assenza a testa, a 4,8 a testa, nell’ultimo dei tre semestri in esame. Sostanzialmente la riduzione “tiene” sull’arco dei 18 mesi, assestandosi sul -45%!

B.3 Conclusioni

Le testimonianze di gratificanti mutamenti provengono sia dalla vita personale degli operatori sia dalla loro vita professionale, il che dimostra che sono davvero autenticamente mutati: la diminuzione dello stress dunque permane e dà frutti nella vita relazionale. I dati forniti dall’AO suffragano oggettivamente l’autopercezione degli operatori.

Prospettive di ricerca a breve termine

1. Nell’ospedale di Parma: Sottoporre il personale addestrato a misure più oggettive dei test attualmente in uso che, pur se riconosciuti ufficialmente, lasciano un certo margine di soggettività nell’autovalutazione. A tal fine, sono stati individuati due strumenti: gli "orologi" del sonno, che potrebbero essere usati in collaborazione con l’Istituto del sonno di Milano, e che rivelano, registrando i movimenti involontari notturni, lo stress reale, e il test di coerenza cardiaca, un software sviluppato dall’Hearth Math Institute in base a recenti studi di neurocardiologia, che registra un parametro fisiologico particolarmente indicativo dello stato di benessere dell’operatore, i cui sistemi simpatico e parasimpatico lavorano insieme in modo armonioso. In tal caso, si testerebbero gli operatori mentre sono in uno stato meditativo ben codificato dalla tradizione tibetana in cui ci si serve di una visualizzazione

che riguarda il cuore.

2. In un altro ospedale italiano che ne ha fatto richiesta, testare invece con gli stessi strumenti i malati, ricorrendo alla task force dei volontari dell'Associazione Tonglen ONLUS che hanno ricevuto un addestramento in materia di accompagnamento empatico secondo l'approccio tibetano.

Bibliografia

A proposito della convergenza fra la scienza e il buddhismo sulla natura dei fenomeni e della mente:

- *Principali studi, ricerche e siti di riferimento*
 Francisco Varela, *L'inscription corporelle de l'esprit*, Seuil, Paris 1994
 Francisco Varela, *Quel savoir pour quelle éthique*, Ed. de la Découverte, Poche, Paris 2004
 Oppure scaricare da internet tre studi di Varela, per specialisti, intitolati:
 Varela, Lachaux, Lutz, Martinerie: *Guiding the study of brain dynamics by using first-person data: synchrony patterns correlate with ongoing conscious states during a simple visual task*,
www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.032658199
 Varela, Cosmelli, David, Lachaux, Martinerie, Garnero, Renault: *Waves of consciousness: ongoing cortical patterns during binocular rivalry*, *Neuroimage* 23 (2004) 128-140
 Werner Heisenberg, *Across the frontiers*, Harper and Row, NY 1974, cap.3
 David W. Orme-Johnson and J.T. Farrow, ed., *Scientific research on the transcendental Meditation Program*, Collected papers, MERU (Maharishi European Research University) Press, Germania
 P.S. Eriksson, E.Perfilieva, T.Bjork-Eriksson, A.M. Alborn, C. Nordborg, D.A. Peterson, F.H. Gage, *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, *Nature medicine* 4,11,1998,1313-1317
 K.A. Ericsson, R.T. Krampe e C. Tesch-Römer (*The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance*, *Psychological Review* 100, 1993, 363-406
- Per aggiornarsi sugli studi di Davidson e Ekman era possibile fino a poco tempo fa accedere ad alcuni siti; mentre questa bibliografia viene composta, essi paiono non essere più accessibili. Li segnaliamo ugualmente, nel caso l'inaccessibilità fosse solo temporanea:
<http://keckbrainimaging.org>
<http://psyph.psych.wisc.edu>
<http://www.MinandLife.org>
<http://www.paulekman.com>
 J.H. Austin, *Toward an understanding of meditation and consciousness*, MIT Press, Cambridge, MA 1999
 (cfr. <http://mitpress.mit.edu/books/AUSZP/austin/contents.html>)
 J. A. Armour, *Anatomy and function of the intrathoracic neurons regulating the mammalian heart*, in *Reflex control of the circulation*, CRC Press, Boca Raton, Florida 1991;
 M. D. Gershon, *The enteric nervous system: a second brain*, in *Hospital practice (Office edition)* vol 34 (7), p 31-32, 35-38, 41-42, *passim*, 1999
 C.S. Carter, *Neuroendocrine perspectives on social attachment and love*, in *Psychoneuroendocrinology*, vol 23, 1998, pp. 779-818;
 K. Uvnas-Moberg, *Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions*, in *Psychoneuroendocrinology*, vol 23, 1998, pp. 819-835
- Diversi articoli interessanti sono segnalati, qualche volta con degli estratti, su Medline, al sito seguente, ma è un po' complicato procurarseli: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed>
 Per esempio:
The benefits of mindfulness. Learning to focus the mind can be a healthful antidote to the stresses and strains of our on-the-go lives. *Harv Womens Health Watch*. 2004 Feb;11(6):1-3. No abstract available. PMID: 14980859 (PubMed - indexed for MEDLINE)
Just say Om. *Time*. 2003 Aug 4;162(5):48-56. No abstract available. PMID: 14974202 (PubMed - indexed for MEDLINE)
Meditation's impact on chronic illness. *Holist Nurs Pract*. 2003 Nov-Dec;17(6):309-19. Review. PMID: 14650573 (PubMed - indexed for MEDLINE)
Realizing the power of simple meditations. *Holist Nurs Pract*. 2003 Nov-Dec;17(6):279. No abstract available. PMID: 14650568 (PubMed - indexed for MEDLINE)

A proposito di visualizzazione applicata alla sofferenza:

E. Fernandez e D. C. Turk, *The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis*, in *Pain*, 38, 1989, pp. 123-135. (La meta-analisi è un metodo che integra i risultati di studi indipendenti con l'uso di statistiche).

L.K Mannix, R: S. Chadurkar, L.A.Rubicki, D.L.Tusek e G.D. Solomon, *Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache*, in *Headache*, 39, 1999, pp. 326-334

Tenzin Kunchap *Le moine rebelle*, Paris, Plon, 2000

Dr O. Carl Simonton, S. Matthews-Simonton, James L. Creighton, *Ritorno alla salute, tecniche di auto-aiuto che favoriscono la guarigione*, Amrita, Torino 2004

Dr O. Carl Simonton e Henson Reid, *L'avventura della guarigione*, Amrita, Torino 2005

A proposito della variabilità cardiaca, influenzata dagli stati meditativi:

Davide Servan-Schreiber, *Guarire*, Sperling Paperback, Milano 2003

Circulation, rivista di riferimento per i cardiologi, ha pubblicato gli studi di Tsuji, Venditti *et al.*, *Reduced heart rate variability and mortality risk in elderly cohort. The Framingham Heart study*, 1994, Vol 90 (2) pp. 878-883; l'*American Journal of Epidemiology* ha pubblicato nel 1997 Dekker, Schouten *et al.*, *Heart rate variability from short term electrocardiographic recordings predicts mortality from all causes in middle-aged and elderly men. The Zutphen study*, vol 145 (10), pp. 899-908, e *The Lancet* ha pubblicato nel 1998 La Rovere, Bigger *et al.*, *Baroreflex sensitivity and heart-rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction*, vol 351, pp. 478- 484

Katz, Gottman, *Buffering children from marital conflict and dissolution*, in *J Clin Child Psychol*, vol 26, 1997, pp. 157-151

R. McCraty (direttore della Ricerca all'Hartmath Institute), M. Atkinson *et al.*, *The effects of emotions on short-term power spectrum analysis and heart rate variability*, *The American Journal of cardiology*, 1995, vol 76 (14), pp. 1089-1093

B. Barrios-Choplin, R. McCraty *et al.*, *An inner quality approach to reducing stress and improving physical and emotional wellbeing at work*, in *Stress Medicine*, vol 13 (3), pp 193-201, 1997;

E. Baulieu, G. Thomas *et al.* *Dehydroepiandrosterone [DHEA], DHEA sulfate, and aging: contribution to the DHEAge study to a sociobiomedical issue*, in *Proc Natl Acad Sci USA*, vol 97 (8), 2000, p. 4279-4284

R. McCraty, B. Barrios-Choplin *et al.*, *The impact of a new emotional self-managemet program on stress, emotions, heart rate variability, DHEA and cortisol*, in *Integrative Physiological And Behavioral Science*, vol 33 (2), 1998, pp. 150-170

R. McCraty, *Science of the heart: exploring the role of the heart in human performance*, Institute of Heartmath, Boulder Creek, Ca, 2001

Opere divulgative:

Matthieu Ricard, *Plaidoyer pour le bonheur*, NiL, Paris 2003

Matthieu Ricard e Trinh Xuan Thuan, *L'inifini dans la paume de la main*, Nil Fayard, Paris 2000

Daniel Goleman e Dalai Lama, *Emozioni distruttive. Liberarsi dai tre veleni della mente: rabbia, desiderio e illusione*, Mondadori, Milano 2003

Daniel Goleman, *Quand l'esprit dialogue avec le corps, Entretiens avec le Dalai Lama sur la conscience, les émotions et la santé*, Trédaniel, Paris, 1997.

Martin Seligman (*Authentic happiness*, Free Press, New York 2002

Davide Servan-Schreiber, *Guarire*, Sperling Paperback, Milano 2005

Bernard D'Espagnat, *Le réel voilé*, Fayard, Paris 1994

Bhor, *Physique atomique et connaissance humaine*, Gallimard, Paris 1991

Fritjoff Capra, *Il Tao della fisica*, Adelphi, Milano 1989

James Gleick, *Caos*, Rizzoli, Milano 2000

John Gribbin, *In Search of Schrodinger's Cat : Quantum Physics and Reality*, Bantam, NY 1984

Gary Zukav, *La danza dei maestri Wu Li*, Corbaccio, Milano 2004

Jean-Baptiste Patrick, *La biologie de dieu*, Editions Agnès Vienot, Paris 2003

Jon Kabat-Zinn, *Dovunque tu vada ci sei già. Una guida alla meditazione*, TEA Milano 2001

Jon Kabat-Zinn, *Vivere momento per momento*, Corbaccio, Milano 2006

Jon Kabat-Zinn, *Riprendere i sensi. Guarire se stessi e il mondo attraverso la consapevolezza*, Corbaccio, Milano 2006

Opere per approfondire il tema della morte e del morire, e quello dell'accompagnamento "spirituale", o empatico:

- *Sulle tradizioni spirituali e l'accompagnamento dei morenti in generale*
Cesare Boni, *Dove va l'anima dopo la morte?*, Helvetica, Morbio inf., CH, 2002
Mitch Albom, *I miei martedì col professore*, Rizzoli, Milano 2001
Marie de Hennezel, *La morte amica*, Rizzoli, Milano 1998
Frank Ostaseski, *Saper accompagnare. Aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte*, Mondadori, Milano 2006
Christine Longaker, *Facing Death and finding Hope – a guide to the emotional and spiritual care of the dying*, Doubleday, NY 1997 (trad. fr.: *Trouver l'espoir face à la mort*, La Table Ronde, 1998)
- *Sull'accompagnamento e la morte in generale*
Marie de Hennezel, *La morte amica*, BUR, Milano 1998
Marie de Hennezel et Jean-Yves Leloup, *L'art de mourir*, Poche, 2000 (in via di traduzione presso Rizzoli)
Marie de Hennezel, *Morire ad occhi aperti*, Lindau, Torino 2006
Elisabeth Kübler-Ross, *La mort, dernière étape de la croissance*, Rocher, 1985
Elisabeth Kübler-Ross, *Leçons de vie*, J.C. Lattès, 2002
Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ic*, Rusconi, Milano 2004
Dr Salamagne, E. Hirsch, *Accompagner jusqu'au bout de la vie*, Le Cerf, 1993
Viktor E. Frankl, *Découvrir un sens à sa vie*, Les éd. de l'Homme, 1988
Annick Auzou, *D'une même voix...*, Réflexions d'une accompagnante bénévole, Le Publieur, 2004
Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, Desclée de Brouwer, 1984
Tara Bennett-Goleman, *L'alchimie des émotions*, Robert Laffont, 2002
Christian Bobin, *La présence pure*, éd. Le temps qu'il fait, 1999
Norbert Elias, *La solitude des mourants*, Christian Bourgois éd., 1987
Patrice Van Eersel, *La source noire*, Grasset & Fasquelle, 1986
Renée Sebag-Lanoë, *Mourir accompagné*, Desclée de Brouwer, 1986
Françoise Dolto, *Parler de la mort*, Poche, 1998
Rodney Smith, *Quand la mort nous ouvre à la vie, Lâcher prise et plénitude : réflexions et exercices pour la vie quotidienne*, Le Courrier du Livre, 1999
Marie-Sylvie Richard, médecin et Annie-Moria Venetz, psychologue, *Quand les jours sont comptés, Soins palliatifs: expérience et réflexions*, Ed. Saint-Paul, 1997
Stephen Levine, *Qui meurt ? Le Souffle d'Or*, 1991
Marie-Sylvie Richard, *Soigner la relation en fin de vie: familles, malades, soignants*, Dunod, 2004
Claire d'Hennezel, *Au nom de la vie, Raconte-moi la mort, Recueil d'ici et d'ailleurs*, Ed. du Rocher, 2003
Sharon Salzberg, *Un cœur vaste comme le monde*, Le Courrier du Livre, 1998.
Etty Hillesum, *Une vie bouleversée*, Points Seuil, 1995
Dalai-Lama e Jeffrey Hopkins, *Vaincre la mort et vivre une vie meilleure*, J'ai lu, 2004.
Dr Christophe Fauré, *Vivre ensemble la maladie d'un proche*, Albin Michel, 2002

Sui casi particolari di accompagnamento:

- *Sull'accompagnamento dei bambini*
Ginette Raimbault, *L'enfant et la mort*, Privat, 1983
Elisabeth Kübler-Ross, *La morte e i bambini*, RED, Como 1998
Maria Housden, *Il regalo di Hannah*, Corbaccio, 2002
Eric-Emmanuel Schmitt, *Oscar e la dama in rosa*, Rizzoli, Milano, 2004
- *Sull'accompagnamento del lutto*
Apprivoiser le deuil, Mari Ireland, Marabout, 2003
Vivre le deuil au jour le jour, Dr Christophe Fauré, Albin Michel, 1995
Vivre son deuil et croître, Rosette Poletti et Barbara Dobbs, Ed. Jouvence, 1993
- *Sull'accompagnamento della demenza senile*
À l'épreuve de la vieillesse, Aude Zeller, Desclée de Brouwer, 2003

Sulla tradizione tibetana in particolare:

- *Autori buddhisti che riflettono sulla morte*
Thich Nhat Hanh, *Il n'y a ni mort ni peur, Une sagesse réconfortante pour la vie*, La Table Ronde, 2003
Tulku Thondup, *L'arte di curarsi con la mente*, Sperling&Kupfer, Milano 2001
(trad. francese: *L'infini pouvoir de guérison de l'esprit*, Courrier du Livre, Guy Trédaniel, 1977)
Tulku Thondup, *Peaceful Death, Joyful Rebirth*, Shambala, Boston 2005
Bokar Rinpoché, *Mort et art de mourir dans le bouddhisme tibétain*, Claire Lumière, 1999
Arnaud Desjardins, *Pour une mort sans peur*, La Table Ronde, 1991
Thich Nath Hanh, *Enseignement sur l'amour*, Albin Michel, 1999 (Un cap. sull'ascolto profondo e la parola amorevole)
Chagdud Tulku Rinpoché, *Préparer la mort*, Claire Lumière, 2002
Pema Chödrön, *Non lasciarti andare*, Armenia, Milano 1999
Dalai Lama, *Lungo il sentiero dell'Illuminazione*, Mondadori, Milano
Sogyal Rinpoche, *Il Libro Tibetano del vivere e del morire*, Ubaldini, Roma 1994
Kyabje Kalu Rinpoche, *La via del Buddha*, Amrita, Torino 2001
Lama Jigmela Rinpoche, *Passaggio tra due vite*, Amrita, Torino 1999
Chokyi Nyma Rinpoche, *Guida al Bardo*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1990
Lati Rinpoche e J. Hopkins, *Morte, stato intermedio e rinascita nel buddismo tibetano*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1980
Dalai Lama, *Il sonno, il sogno e la morte*, Neri Pozza, Vicenza 2000
- *Il Bardo thodol, ossia il Libro tibetano dei morti*
Ne esistono diverse ed. critiche; si consiglia, per chi volesse leggerlo, di scegliere una delle seguenti:
Namkhai Norbu Rinpoche (a cura di), *Il libro tibetano dei morti*, Newton-Compton, Roma 1983
R. Thurman (a cura di), *Il libro tibetano dei morti*, Neri Pozza, Vicenza 1998
- *Sulla pratica della meditazione secondo lo Dzogchen*
Sogyal Rinpoche, *La meditazione: cos'è e come praticarla*, Amrita, Torino 1991
XIV Dalai Lama, *Dzogchen*, Amrita, Torino 2003
- *Sulla pratica del Tonglen*
Dilgo Khyentse Rinpoche, *Intrepida Compassione, l'allenamento interiore in 7 punti secondo Atisha*, Amrita, Torino 1999
Pema Chödrön, *La libertà illimitata: come risolvere le proprie nevrosi con il buddhismo e la meditazione del*

tonglen, Oscar Mondadori, Milano, 2006

- *Altre opere sulla tradizione tibetana e le emozioni*
Pema Chödrön, *Bien-être et incertitude, 108 enseignements*, La Table Ronde, 2002
Tarthang Tulku, *Maîtrise spirituelle et accomplissement professionnel*, Guy Trédaniel, 2001
Chogyam Trungpa, *Pour chaque moment de la vie*, Seuil, 2004
Thubten Chödrön, *Travailler sur la colère*, Kunchab, 2003

NDE: esperienze di pre-morte

- *Studi occidentali sulle esperienze di pre-morte*
Dott. Melvin Morse e Paul Perry, *Più vicini alla luce. Le commoventi testimonianze di bambini che hanno conosciuto l'aldilà*, Sperling Paperback, 1999
Dott. Michael B. Sabom, *Recollections of Death: a Medical Investigation*, Harper & Row, 1982 NY
Kenneth Ring, *Heading towards Omega: in Search of the meaning of the Near-Death Experience*, Quill, NY, 1985
Dr. Raymond Moody, *La vita oltre la vita*, Mondadori, Milano 1997
- *Esperienze tibetane di pre-morte*
Delog Dawa Drolma, *Delog. Donne che viaggiano oltre la morte*, Amrita, 2005

Strumenti di accompagnamento spirituale

Esistono dei testi che non insegnano l'accompagnamento ma sono stati concepiti quale strumento di accompagnamento delle persone nell'ultima fase della loro vita. Lise Thouin, la loro autrice, è la fondatrice della Fondation Boule de Rêve, una fondazione canadese che si occupa di accompagnamento dei bambini in fin di vita.

- *Per accompagnare i bambini*
Lise Thouin, *Palla di Sogno*, Editori in Sintonia 1998 (ora distribuito da Amrita)
- *Per accompagnare gli adulti*
Lise Thouin, *Canto di Commiato*, Amrita, Torino 2003

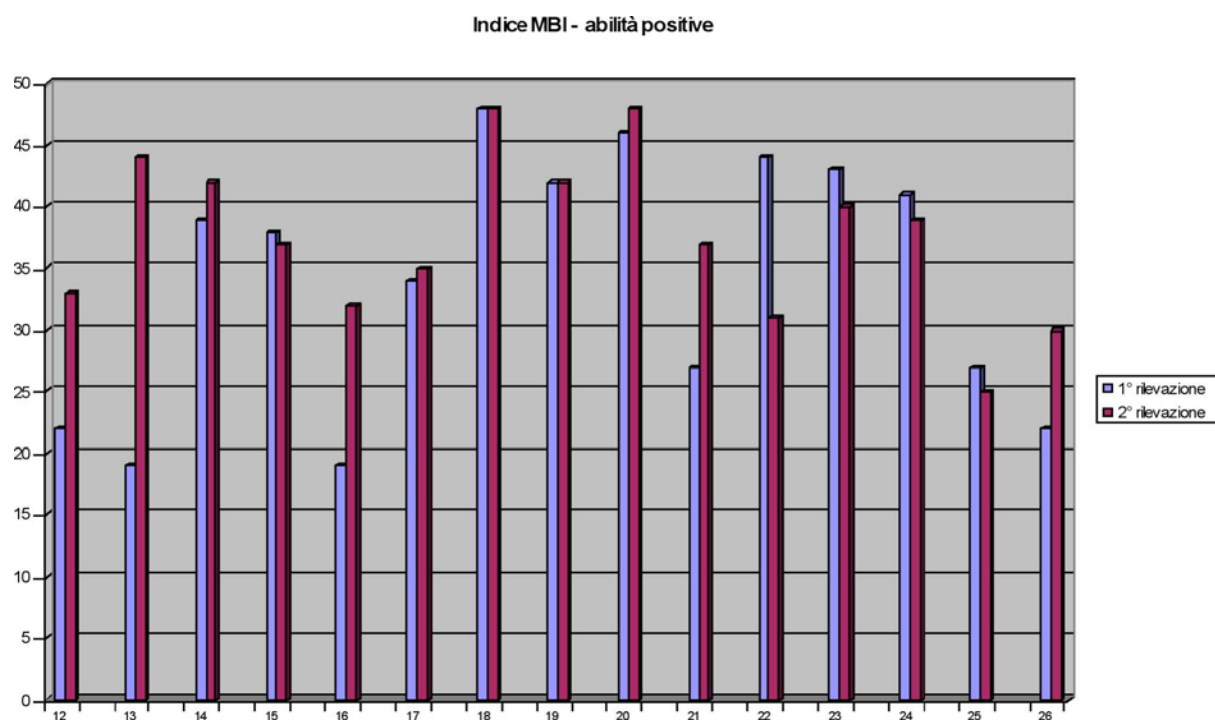
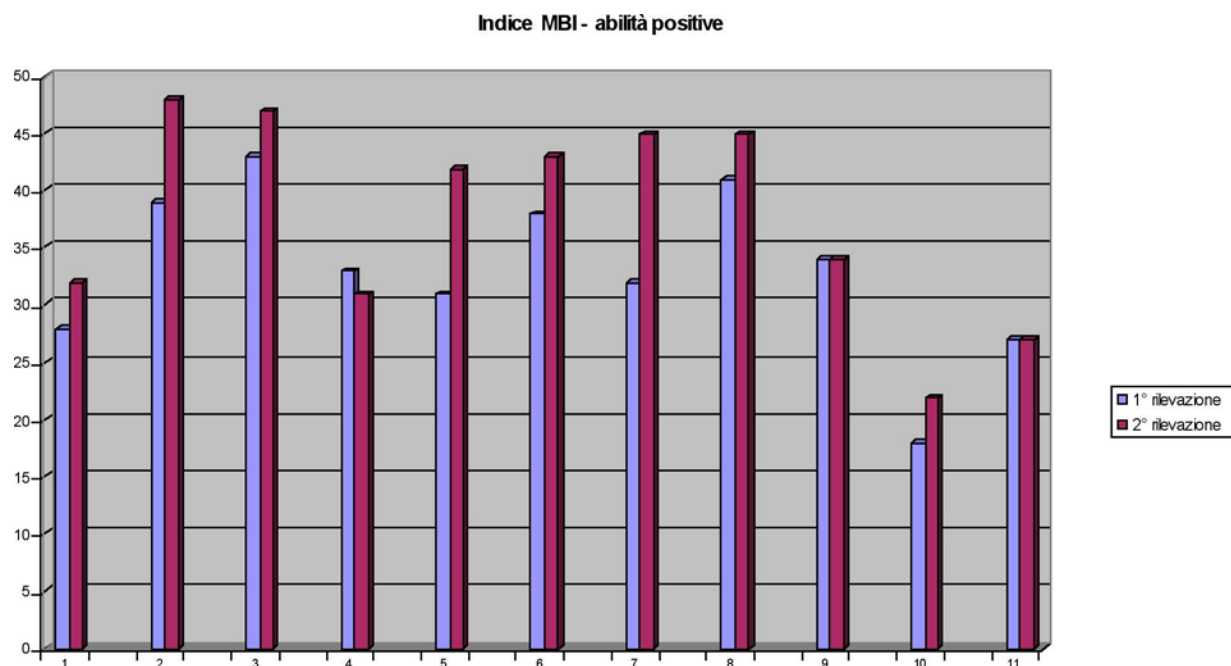
Siti da visitare, di vario orientamento:

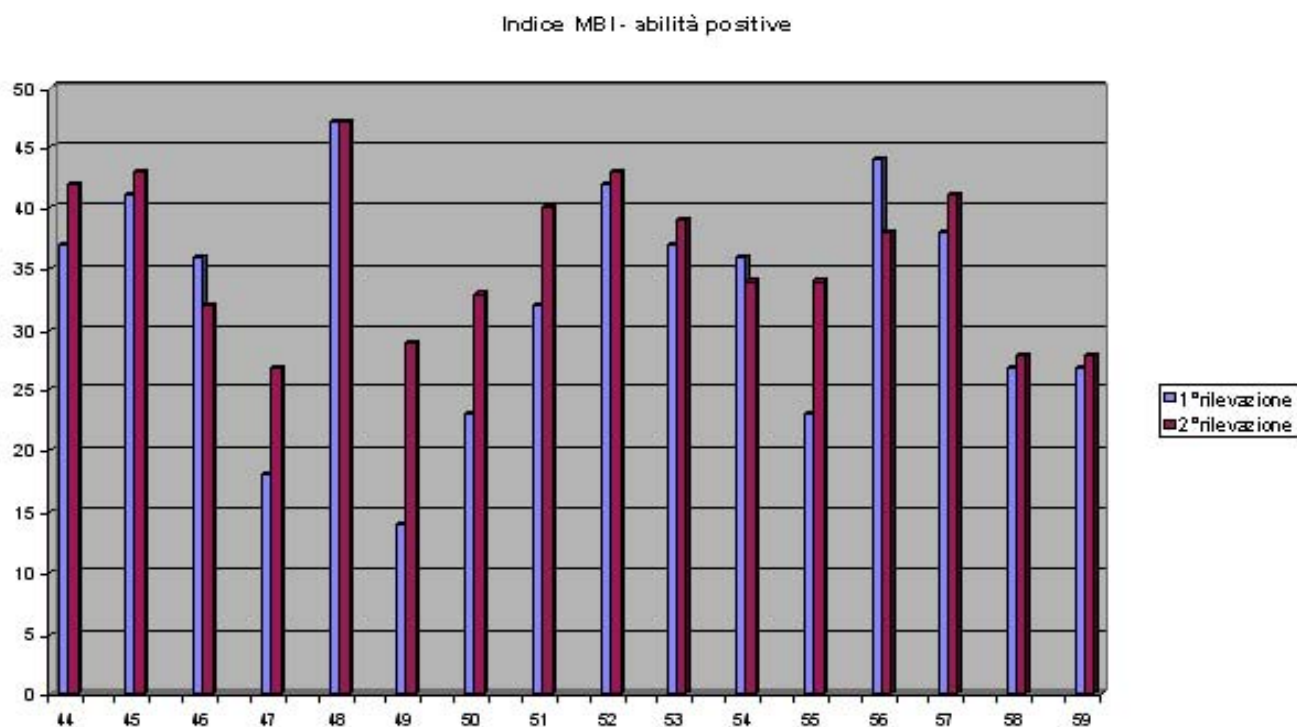
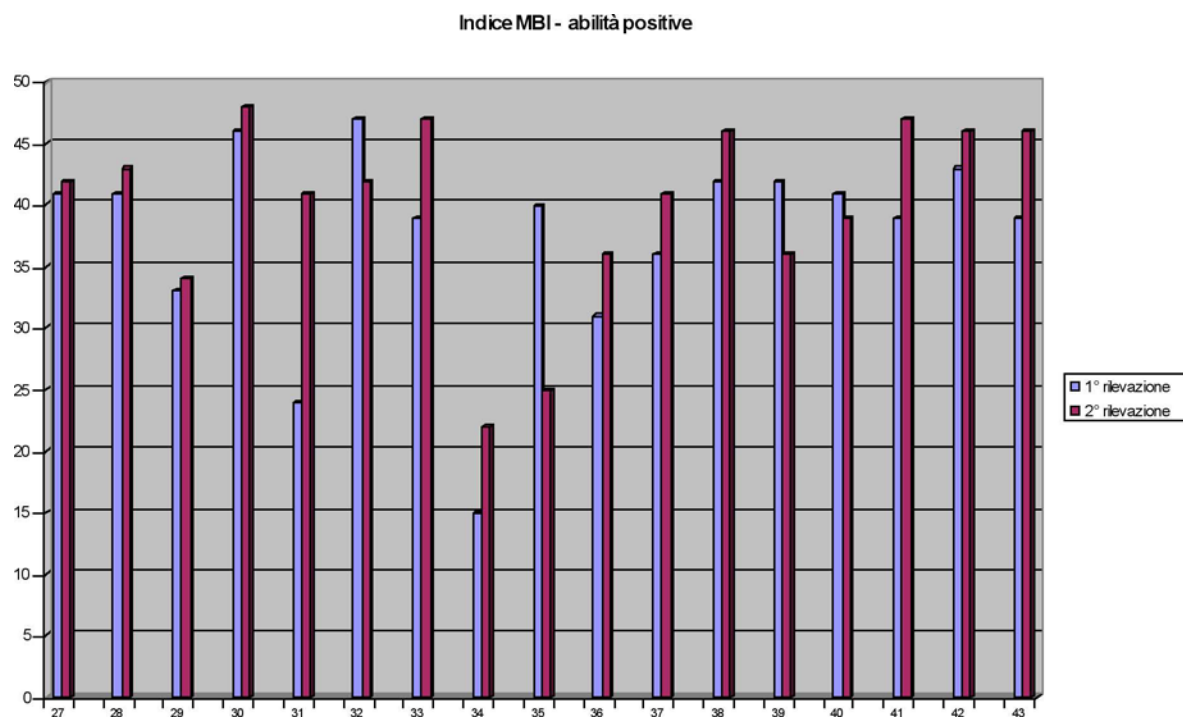
<http://whentheendisnear.blogspot.com> (Accompagnam. Spirituale)
<http://www.spcare.org> (Accompagnam. Spirituale secondo Sogyal Rinpoche)
<http://www.bikucholimcc.org> (Visiting the sick, for Jewish)
<http://www.widownet.org> (Community di vedovi/e)
<http://lauradavis.net> (Autrice di libri sulla guarigione, la riconciliazione, il superamento dei traumi)
<http://www.suffering.net> (Community di parenti di persone malate o decedute)

APPENDICE 1

Grafici del test MBI che fotografano la situazione individuale alla prima e alla seconda rilevazione, in termini di abilità positive. Lungo l'asse delle ascisse i numeri **da 1 a 59** corrispondono nominalmente ai **59** soggetti misurati. Lungo l'asse delle ordinate, si legge il punteggio accumulato individualmente rispondendo alle domande sulle abilità positive (il MBI prevede un punteggio max complessivo di 48).

N.B. I diagrammi vanno letti in sequenza come si trattasse di un unico grafico.





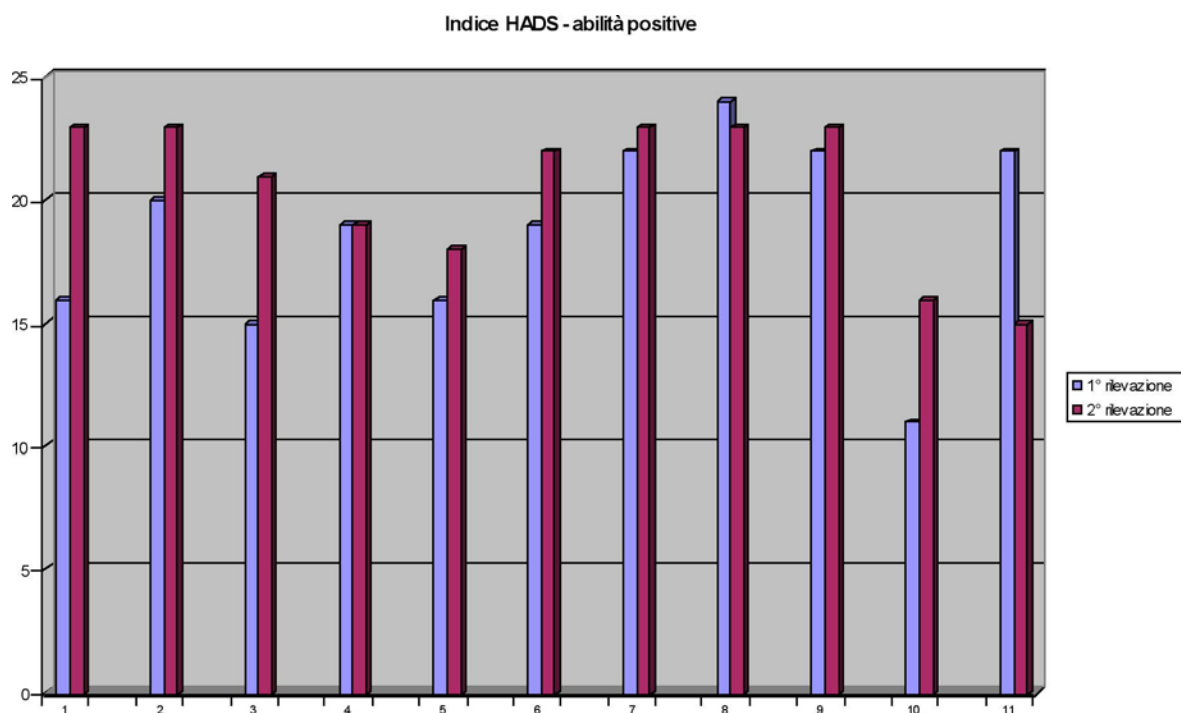
Nella maggior parte dei soggetti (42 su 59, pari al 71,2%) si assiste a una crescita delle abilità positive; in 5 soggetti su 59, pari all'8,5 %, le abilità positive restano invariate; in 12 soggetti su 59, ossi nel 20,3% dei casi, decrescono.

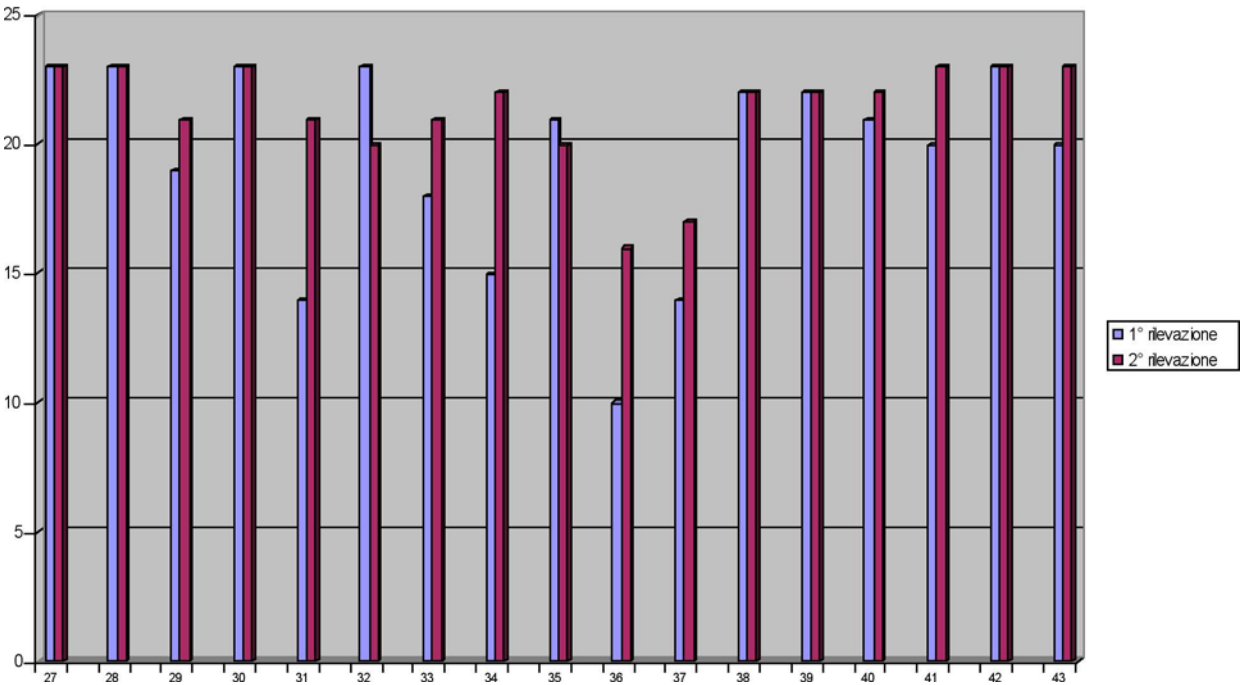
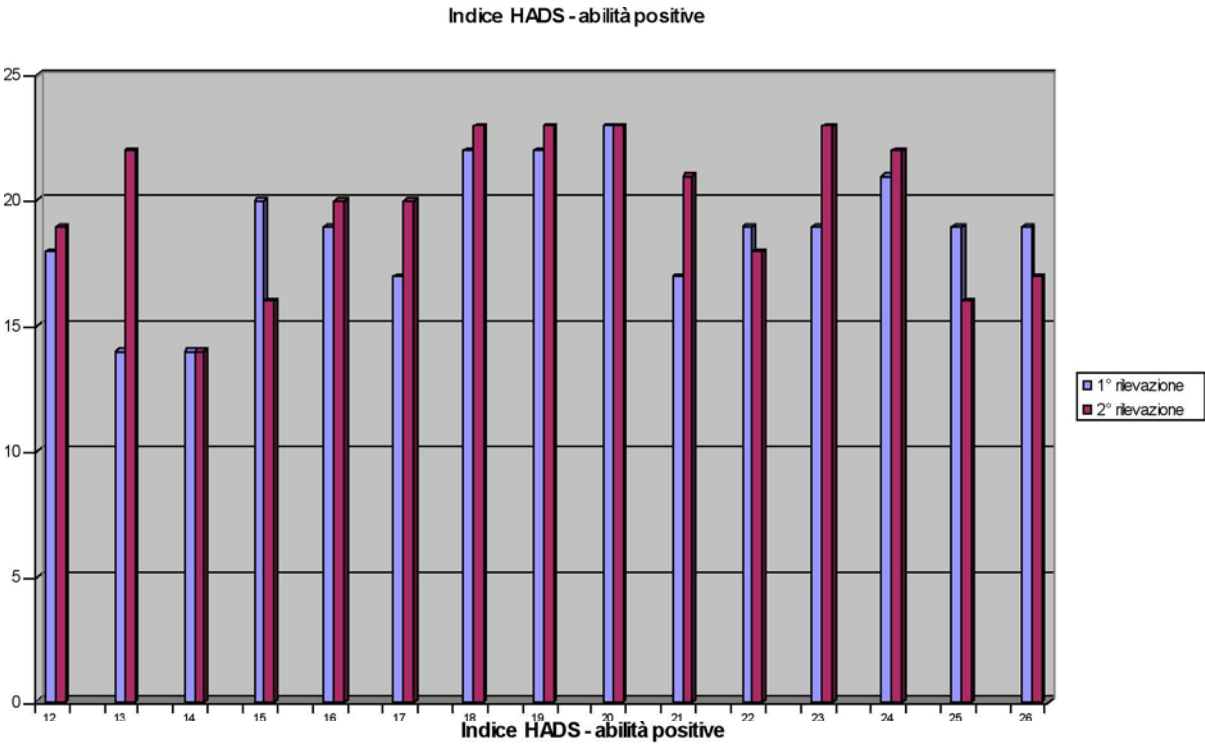
APPENDICE 2

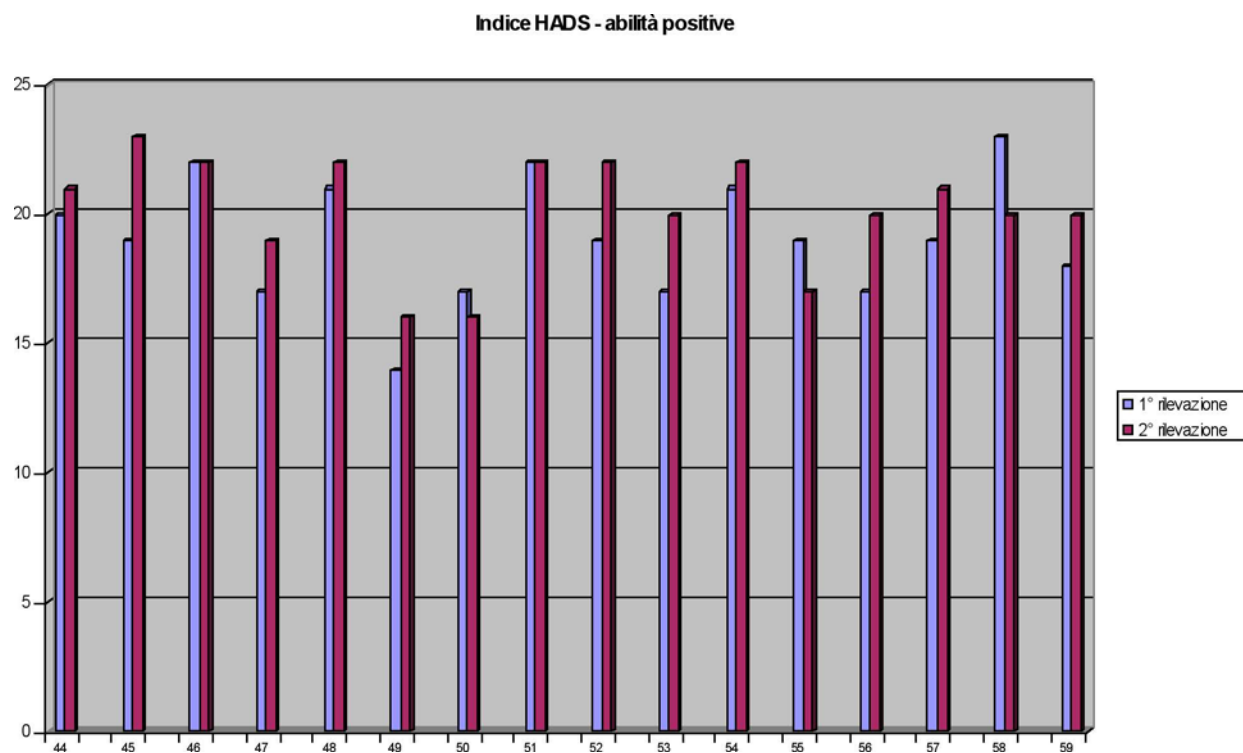
Grafici del test HADS che fotografano la situazione individuale alla prima e alla seconda rilevazione in termini di abilità positive.

Lungo l'asse delle ascisse i numeri **da 1 a 59** corrispondono nominalmente ai **59** soggetti misurati. Lungo l'asse delle ordinate, si legge il punteggio accumulato individualmente rispondendo alle domande sulle abilità positive (l'HADS prevede un punteggio max complessivo di 24).

N.B. I diagrammi vanno letti in sequenza come si trattasse di un unico grafico.







Nella maggior parte dei soggetti (37 su 59, pari al 62,7%) si assiste a una crescita delle abilità positive; in 11 soggetti su 59, pari al 18,6%, restano invariate; in 11 soggetti su 59, pari al 18,6%, decrescono.

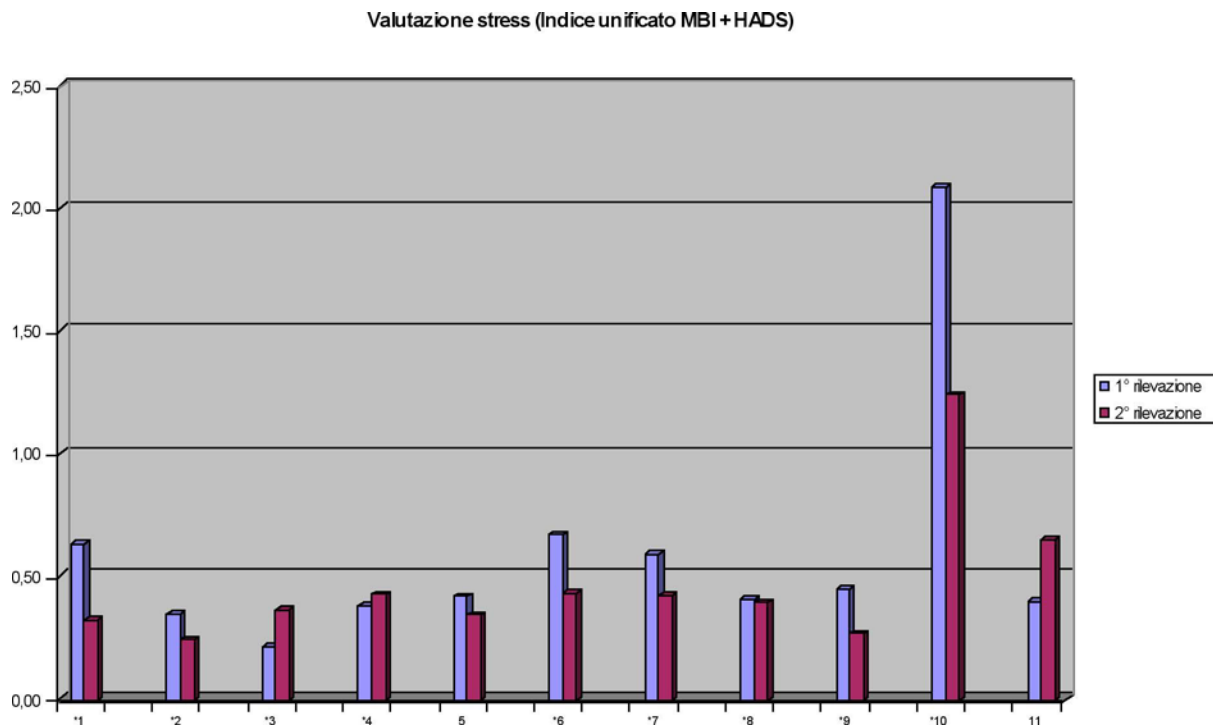
APPENDICE 3

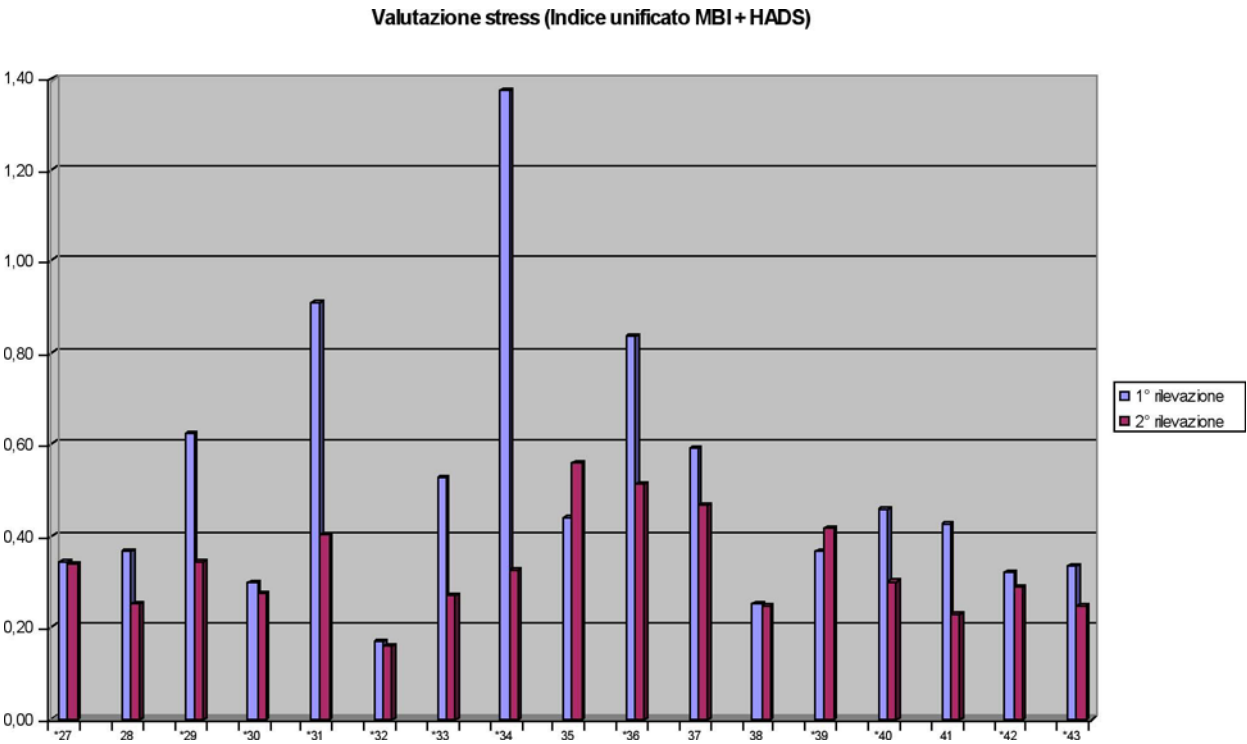
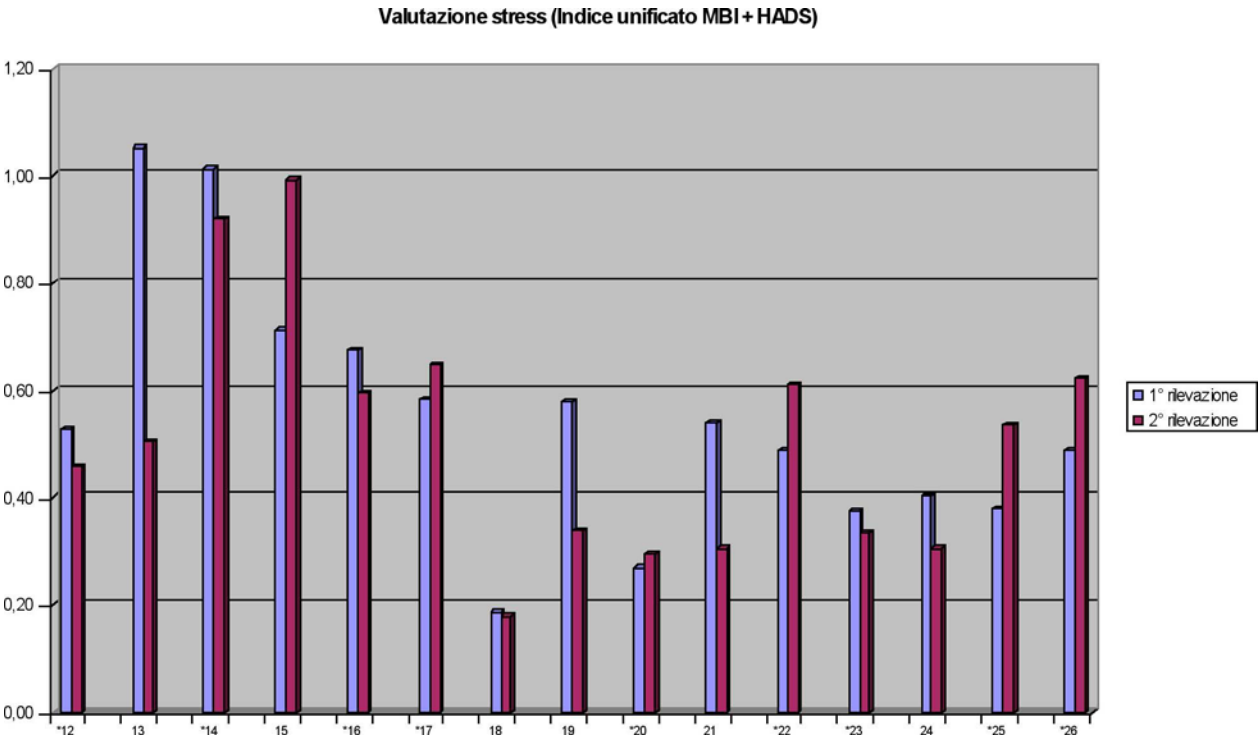
A. Grafici di valutazione congiunta dei test MBI e HADS in termini di variazione individuale dello stress, alla prima e alla seconda rilevazione.

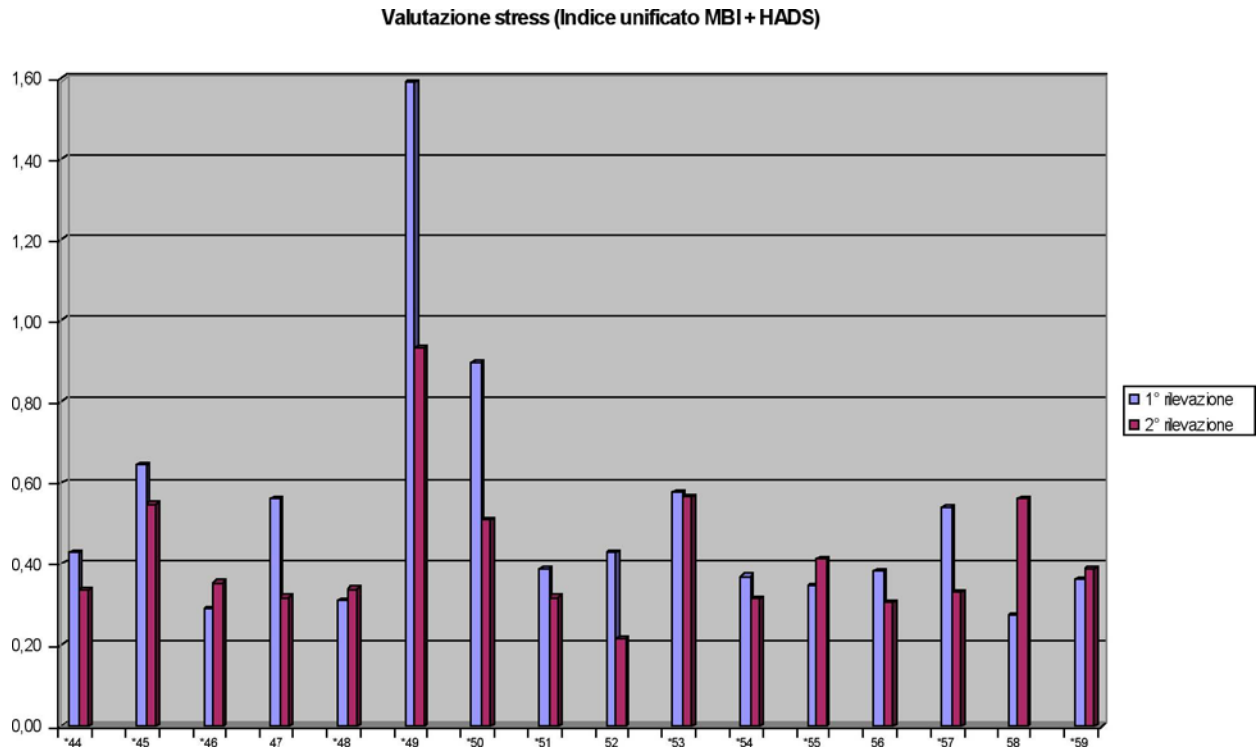
Mentre l'MBI possiede di per sé una codificazione numerica del punteggio riferito alle risposte a scelta multipla, l'HADS ne è privo. Le risposte a questo test sono quindi state ricodificate in scala numerica dalla Dottoressa Passalacqua, psicologa, in modo da poter avere una base comune di valutazione congiunta dei due test.

Lungo l'asse delle ascisse i numeri da 1 a 59 corrispondono nominalmente ai 59 soggetti misurati. Lungo l'asse delle ordinate, si legge l'indice di stress, che è una media fra i valori rilevati nei due test (MBI e HADS).

N.B. I diagrammi vanno letti in sequenza come si trattasse di un unico grafico.







Nella maggior parte dei soggetti (43 su 59, pari al 72,9%) si assiste a una decrescita dell'indice di stress; nei restanti 16 su 59 (pari al 27,1%), l'indice di stress cresce.

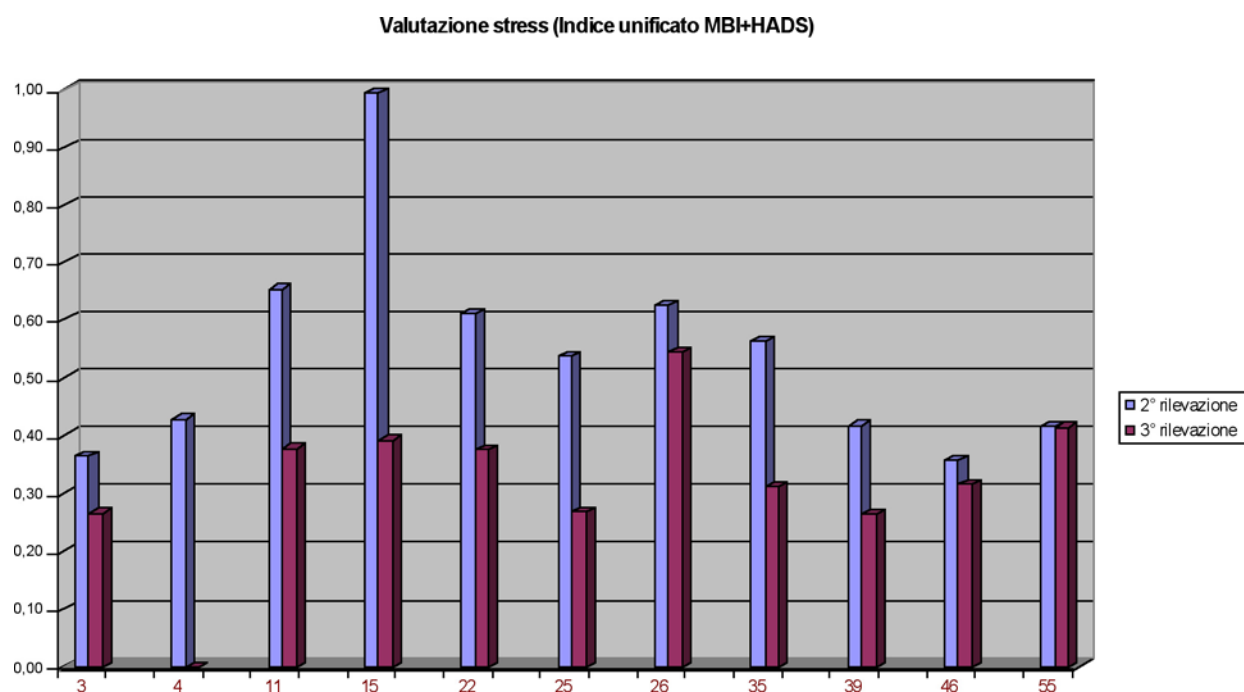
In particolare, nel gruppo di sperimentazione (i 42 individui contrassegnati con *) si registra una diminuzione dell'indice di stress pari al -12,98%, mentre nei soggetti restanti 17 (il gruppo di controllo) essa è pari al -9,47%.

Si ricorda che il gruppo di sperimentazione è formato da chi si è volontariamente sottoposto ad autoaddestramento da maggio a novembre, ossia nel periodo intercorso fra la prima e la seconda rilevazione; e che il gruppo di controllo è formato da chi non ha fatto alcun autoaddestramento.

B. Grafico di valutazione congiunta dei test MBI e HADS in termini di variazione individuale dello stress.

Il grafico compara i risultati della seconda e terza somministrazione della batteria di test alle 11 persone rimaste in servizio fra quelle che, alla seconda misurazione, avevano registrato un aumento di stress.

Lungo l'asse delle ascisse i numeri corrispondono nominalmente agli 11 soggetti misurati. Lungo l'asse delle ordinate si legge l'indice di stress, che è una media fra i valori rilevati nei due test (MBI e HADS) alla seconda e terza misurazione.



Lo stress è sceso nel 100% dei casi tra la seconda e la terza misurazione, riportando il gruppo sulle posizioni di partenza registrate alla prima misurazione (cfr. Appendice 3A).