



Conferenza Episcopale Italiana  
Ufficio Nazionale per la  
Pastorale della Salute



Società Italiana di Gerontologia  
e Geriatria



Gruppo di Studio SIGG  
“La cura nella fase  
terminale della Vita”

# **Dolore e sofferenza nell'anziano**

**Roma, Centro Congressi CEI  
23 giugno 2017**

**Itala Orlando (Castel San Giovanni)  
Sentire il dolore dell'altro:  
dalla parte dei caregiver e degli operatori**



*Il nostro mestiere è un servire per trasformare qualcosa di naturale e, aggiungerei, di naturalmente doloroso, in qualcos'altro di più soddisfacente. Per trasformare soprattutto la sofferenza in un sogno di crescita personale o professionale. E' questo alla fine dei conti il compito a cui siamo chiamati.*

Giovanni Braidì, Il corpo curante



## Testimonianza *Vera*

Voglio parlarvi di Vera, 71 anni, malata oncologica da molti anni, ora in fase avanzata. Il primo tumore al seno vent'anni fa, da lì in avanti la malattia ha continuato a progredire. Una vita interamente condizionata dalla malattia.

Oggi Vera è grave, non cammina più, ha metastasi diffuse e una lucidità straordinaria. Immobile da quasi due anni, due telefoni sempre attivi, continue visite di amici, parenti, conoscenti.

Vera è la regista della sua vita e della malattia e dal letto riesce a coordinare tutte le attività familiari. Ha deciso un anno e mezzo fa, dopo la dimissione dall'ultimo ricovero in hospice, che a casa non ce l'avrebbe fatta e ha preferito entrare in una struttura per anziani. Il confort non è quello dell'hospice, ma lì ha trovato l'accoglienza di relazioni semplici e attente che le hanno costruito intorno una rete fitta di sostegni, tecnici e umani, con una buona dose di umorismo e leggerezza.

L'équipe sta faticando a stare con questa piccola donna energica, acuta e vivace, qualcuno si sta facendo travolgere emotivamente. Vera mette a nudo le fragilità tecniche, organizzative, filosofiche, emotive del gruppo.

La presenza di Vera è uno di quegli eventi che interrompono la consueta linearità del quotidiano. Come la malattia ha introdotto nella biografia della paziente, in modo drammatico, una **discontinuità** che richiede a lei la fatica di dotarsi di nuove significazioni, così anche per l'équipe, a cui è richiesta una fatica diversa, ma di altrettanta intensità.

Benchè in una CRA gli anziani muoiano da sempre, quella di Vera è una storia che colpisce per la lucidità con cui fronteggia la situazione. Lucidità che impone all'équipe una presenza diversa. Siamo di fronte a quella che Jaspers definisce **situazione-limite**, un'esperienza che costringe tutti a toccare con mano la condizionatezza storica e la finitezza e impone una nuova familiarità con la dimensione interrogante.

Mario Mapelli, *Il dolore che trasforma. Attraversare l'esperienza della perdita e del lutto*



*Vera vuole portare la sua croce fino alla fine, sopporta il dolore tenacemente, teme solo i farmaci che le fanno perdere la coscienza. E si ribella continuamente alle imposizioni, alle prescrizioni che non ha passato al vaglio personalmente. Alcuni operatori, invece, non sopportano la sua sofferenza.*

*Non tutti riescono a stare in questa situazione.*

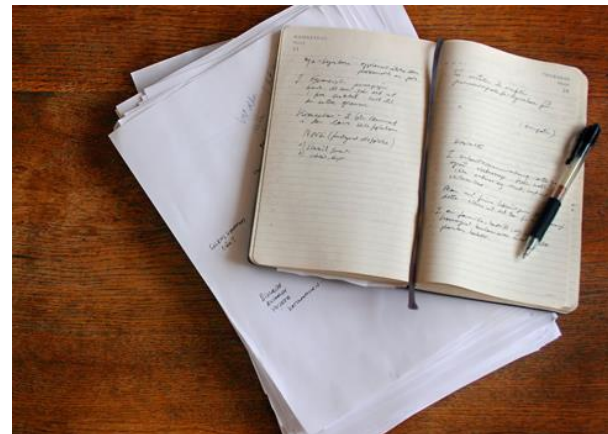
*Eppure quella stanza ci attrae come una calamita. La fisioterapista non ce la fa e i suoi colloqui con Vera si trasformano in scontri. Nella sofferenza di questa donna la fisioterapista rilegge la storia di sua madre e ciò le provoca rabbia e dolore.*

*La psicologa ci sta aiutando a leggere e rileggere il nostro modo di stare con Vera e il modo con cui Vera affronta la sua esistenza.*

*E' una prova difficile per tutti.*

*Questa è una struttura per anziani,  
non è un hospice.*

*(il coordinatore infermieristico)*



Avere a che fare con una persona che prova dolore richiede saggezza, pazienza, doti di intuizione psicologica e capacità di mantenere il silenzio quando necessario.

*Oltre il dolore* di Maria Giovanna Luini e Umberto Veronesi



*La sorella di Vera che avevamo visto in grande difficoltà quando la malattia si è messa a galoppare, grazie ai colloqui e agli incontri continui è stata accompagnata e ora, anche se con fatica, è consapevole della gravità delle condizioni di sua sorella, che, forse, è la persona più importante della sua vita.*

*Il coinvolgimento non le dà più disperazione, anche se non le toglie le lacrime. **Le abbiamo dato un senso nel quale muoversi.***

*Noi invece non siamo ancora sereni. Riusciremo nelle incrinature che si aprono di notte, quando la malata non dorme ed esprime a parole, a suoni di campanello, a risposte nervose e impulsive tutta l'angoscia che la prende di fronte a un finale sempre più vicino, riusciremo a fermarci, a cogliere l'attimo, a capire la sua richiesta di aiuto e a sostenerla?*

*Vera sa tutto, sembra che sappia più di noi, ma noi davanti a una persona in crisi, abbiamo una missione da compiere. Siamo i curanti. Ma se di notte dovesse succedere il peggio, di notte quando in reparto non vi sono le stesse risorse del giorno, siamo pronti, sotto tutti i punti di vista?*

Consegna di Luca (infermiere) del 17 giugno ore 19.04

*Paziente eupnoica, dopo la visita di parenti e amici, si addormenta, appare più rilassata rispetto a ieri.*

*Quando passo a controllare è sveglia, mi chiede:*

*“Luca, secondo lei, ma mi dica davvero ciò che pensa, sono una persona che ha paura di morire? Le faccio questa domanda, perché sono stufo di tutte quelle persone che mi dicono di tirare fuori ciò che ho davvero dentro e che mi chiedono come sto”.*

*Le rispondo che avere paura è umano, che oggi la trovo molto serena e che ci sono figure professionali che sanno ascoltare e parlare al momento opportuno. La conversazione è tranquilla, piacevole, la paziente si mostra anche spiritosa, coinvolge in questo anche il compagno.*



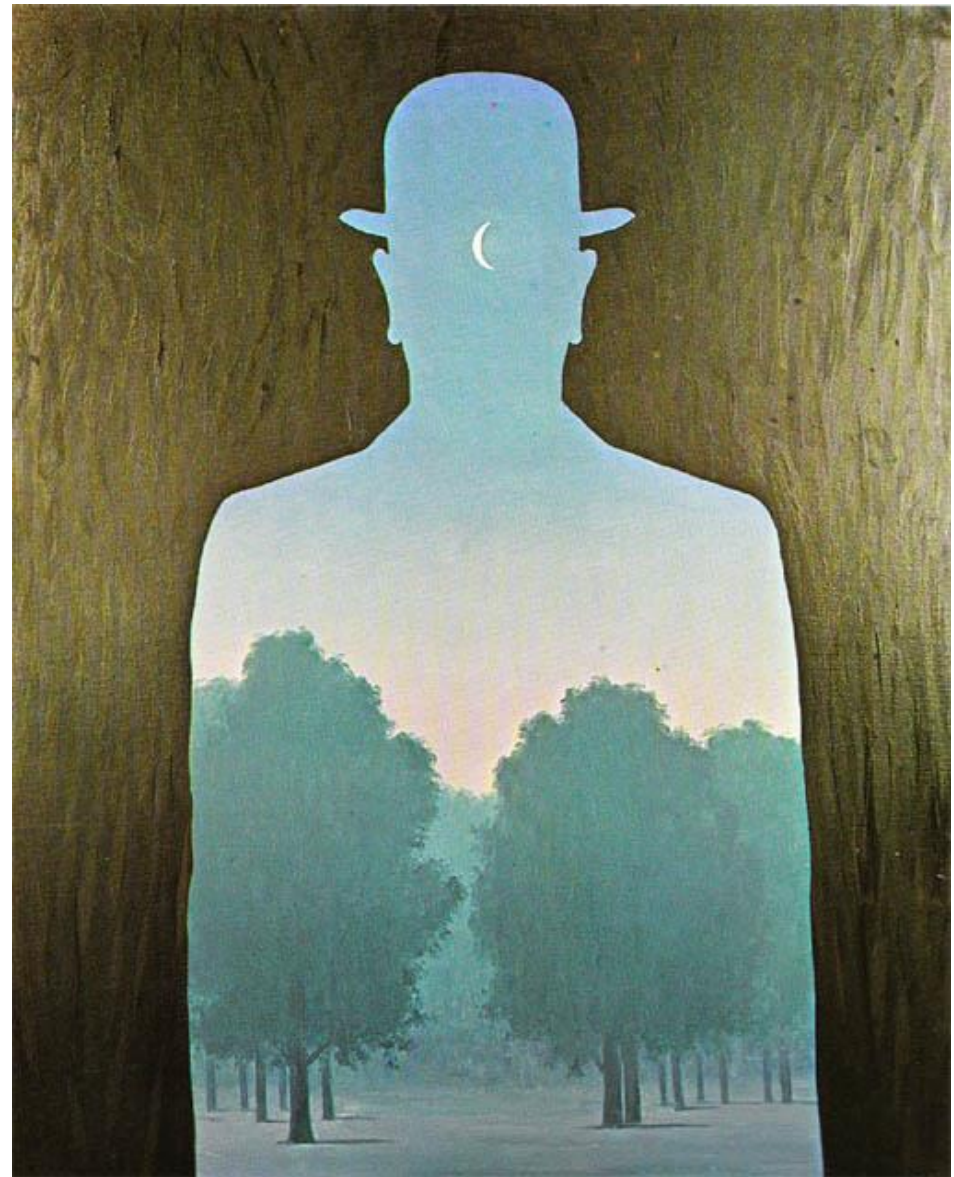


Sentire il dolore dell'altro.  
Sentire l'altro nel suo dolore.

SENTIRE è altro da

- Valutare
- Misurare
- Trattare

SENTIRE ha a che fare  
con l'esperienza  
del vissuto dell'altro,  
con la scoperta di nuovi  
paesaggi interiori.



Scrive Giovanni Braidi

*... il macigno che ci troviamo di fronte, è la sofferenza altrui che poi in parte diventa la nostra sofferenza.*

*Di certo noi navighiamo continuamente nel suo mare: viviamo fra pianti e dolori in ambienti intrisi di sofferenza ed in cui nessuno, se non costretto dal bisogno di essere assistito, se malato, di guadagnare se operatore, verrebbe spontaneamente.*

*La sofferenza è naturalmente presente in ogni mestiere, ma qui è l'oggetto, il soggetto e il complemento di agente, di termine, di tempo determinato e indeterminato, di moto a luogo e di moto da luogo, con cui abitualmente trattiamo, pensiamo, scriviamo e leggiamo.*

*E' vero ci sono malattie e condizioni (ad es. certi stati di demenza o malattie mentali) che non comportano sempre sofferenza ma lo star male è per sua natura "infettivo" e si trasmette sotto forma di pena in chi lo assiste e in tutti i circostanti.*

*In assistenza, infatti, le fatiche sono due: quella normale del lavoro fisico e mentale che si somministra e quello che nasce nell'incontro con persone che si trovano costrette alla sofferenza forzata e che rimbalza nel mondo interno dell'operatore.*

*Il dolore, il disagio, la paura e la disperazione dei pazienti si attacca come polvere alla pelle dell'operatore e si mescola con il suo sudore ed entra nei suoi polmoni; così come il volto sofferente o la domanda senza risposta e piena di angoscia di un moribondo, entrano nella sua testa e prendono casa nella sua anima e nel suo corpo.*

*La sofferenza abita non solo noi e gli uomini e le donne che assistiamo, ma attraversa i muri delle istituzioni e impregna di sé tutta l'organizzazione del lavoro.*



L'organizzazione ha paura delle emozioni e dei sentimenti che bloccano i processi lineari del computo assistenziale.

I minuti di assistenza non consentono il tempo dell'ascolto  
La professionalità distaccata e perfetta non ammette lacrimazioni e sospiri.  
Il decisionismo risolutivo non capisce la fatica di stare nell'incertezza.

Questo è un aspetto del dolore sentito dall'operatore che si rende conto della distanza tra la domanda umana e l'istanza tecnica.



**CHI SI OCCUPA DI CURA NON HA SOLO LA  
RESPONSABILITA' TECNICA, MA ANCHE  
QUELLA DI POTENZIARE E ACCOMPAGNARE  
LA CAPACITA' DI ATTRAVERSARE LO  
SPAESAMENTO E LA PERDITA DELLE  
RASSICURANTI CERTEZZE ABITUALI  
(V.lori)**

*“Il dolore risulta essere un posto che nessuno conosce, finchè non ci si arriva”.*  
(Joan Didion, L'anno del pensiero magico)

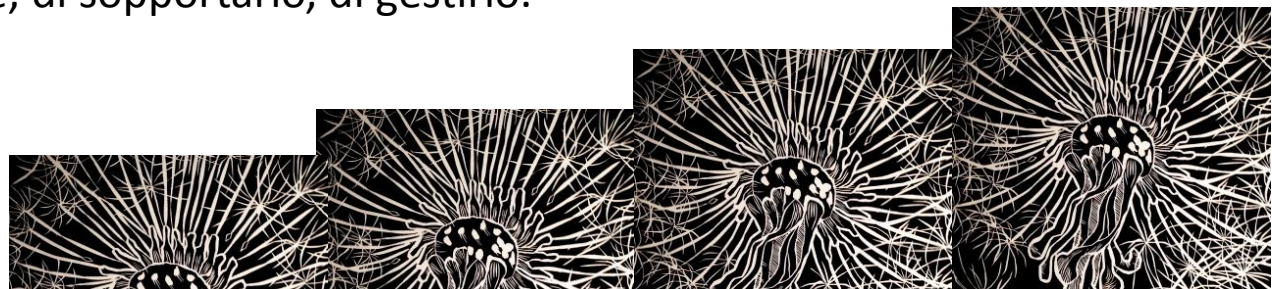
Stiamo parlando di dolori e sofferenze diverse.

Vi è il dolore espresso, comunicato, gridato e quello che invece rimane nascosto, non detto.

Il dolore provato da una persona non è mai precisamente del tutto comprensibile. A volte il soggetto non riesce ad esprimere il proprio dolore, altre volte il dolore non ci arriva perché i pregiudizi ci impediscono di coglierlo nella sua datità. Prevale l'interpretazione alla luce di convinzioni, di luoghi comuni, della propria esperienza personale.

Per questi motivi il dolore degli anziani, specie dei vecchissimi, di chi non parla o non trova le parole per dire, è sottovalutato, ignorato, banalizzato o non legittimato.

Il dolore è vissuto e saputo solo da chi lo vive in prima persona, ognuno ha il suo modo di stare nel dolore, di sopportarlo, di gestirlo.





Cicely Saunders, fondatrice del primo hospice della storia moderna, luogo che nella cura del malato teneva conto di tutti gli aspetti della sofferenza umana, affermava:

*“... abbiamo imparato modi più sofisticati per trattare i sintomi, ma la nozione di base rimane tentare di aiutare le persone a cercare il **proprio** modo”.*

Prima di conoscerlo il dolore/la sofferenza, ci domandiamo se possiamo sentirlo?

Il familiare, l'operatore sente il dolore dell'altro.

Ma come lo sente? Cosa succede quando si sente il dolore dell'altro?

### **Il racconto del buon samaritano.**

*Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto. Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando **lo vide** passò oltre dall'altra parte. Anche un levita, giunto in quel luogo, **lo vide** e passò oltre.*

*Invece un samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto **lo vide e n'ebbe compassione**. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui. Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede al locandiere, dicendo: «Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno».*

*(Vangelo di Luca 10, 25-37)*

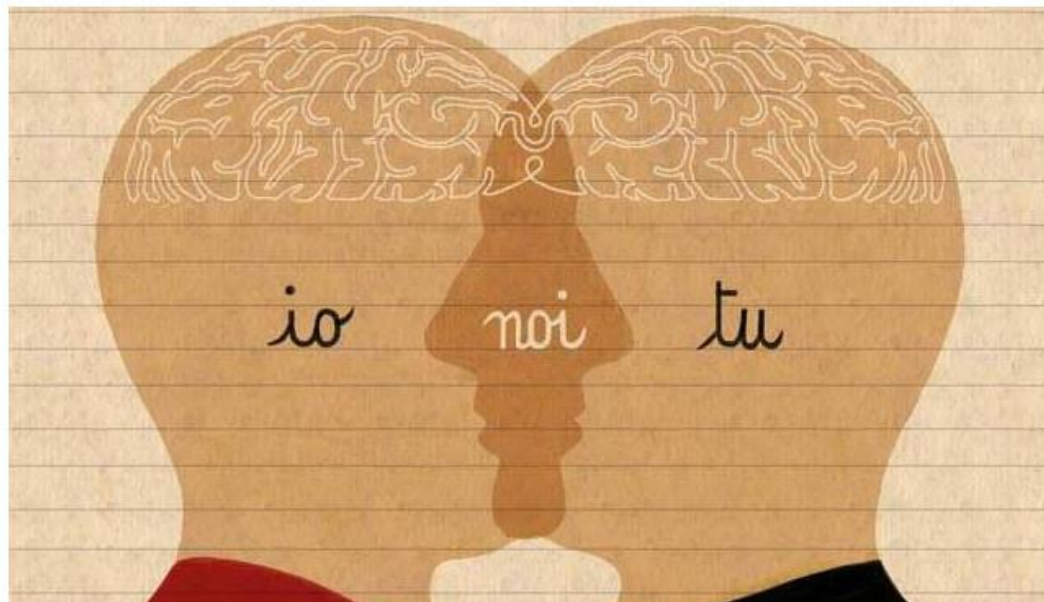
Il samaritano “sente”, cioè lascia che risuoni dentro di lui come una provocazione l’uomo ferito.

Prima di lui sono passati per quella strada un sacerdote e un levita, come lui hanno VISTO quell’uomo, ma sono andati oltre. Solo il samaritano ne ha avuto compassione.

Sente quel dolore, non si limita a “vedere” (la vista è un organo strettamente collegato alla ragione e infatti sia il sacerdote che il levita dopo aver visto, fanno un piccolo ragionamento e concludono di andare oltre: dentro di loro non scatta nulla).

Diversa invece la reazione del samaritano, perché lui sente quell’uomo. Il vangelo riferisce gesti concreti, un perfetto modello di presa in carico della persona e della sua sofferenza.

La compassione è il sentimento che rivela un **collegamento con l’altro**, il “cum” insieme al verbo patire sono la chiave per entrare nell’esperienza della sofferenza.





La parola chiave per entrare nell'esperienza del sentire il dolore dell'altro è EMPATIA, concetto studiato dalla filosofa Edith Stein, a partire dal 1916.

La Stein analizza il modo in cui le persone esperiscono le esperienze vissute da un altro e giunge ad affermare che il sistema dell'io è un sistema aperto all'altro, naturalmente e costitutivamente.

Lo spazio risulta così un luogo con-vissuto, uno spazio di relazione.

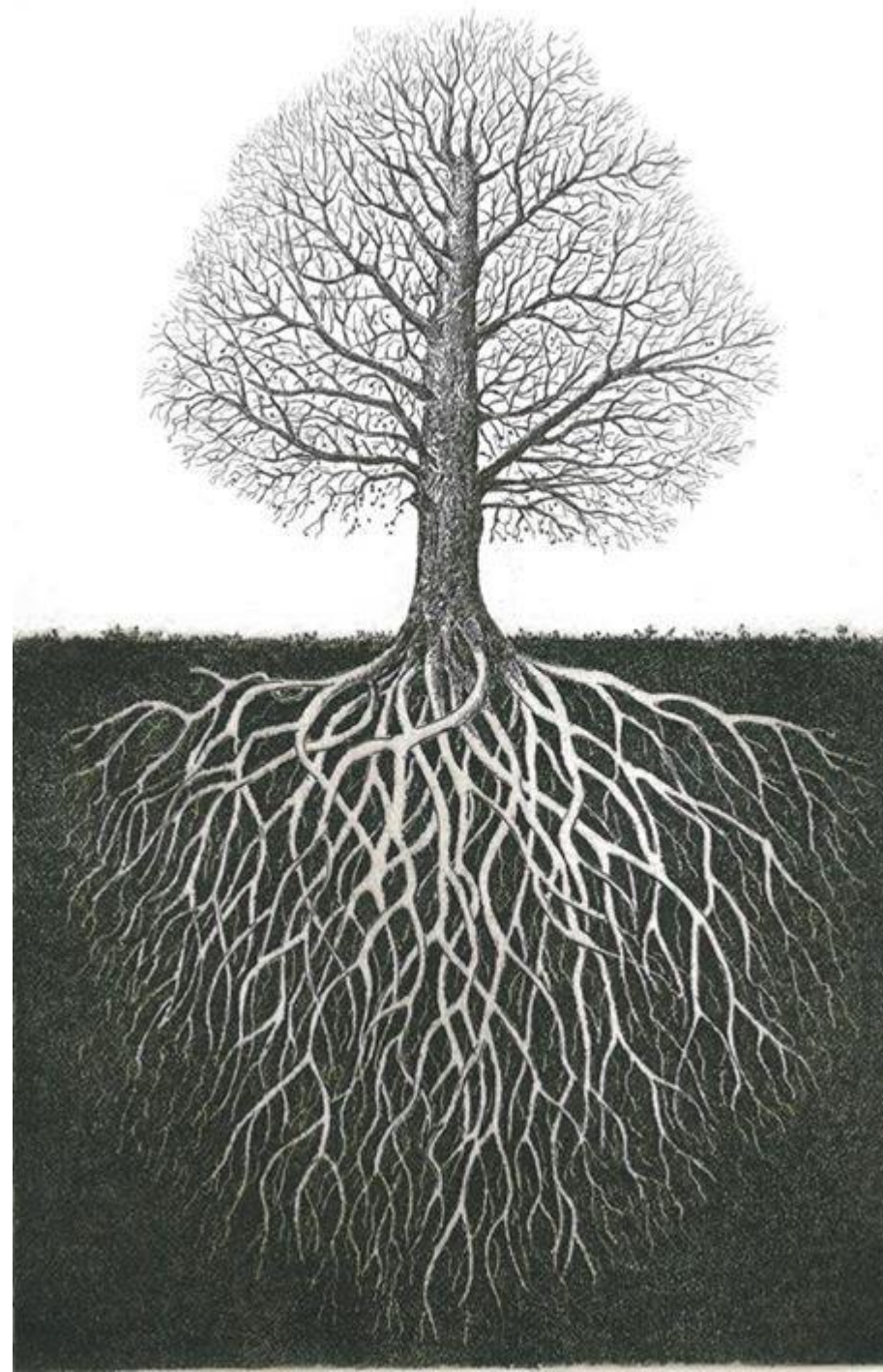
Vi è quindi un movimento (l'empatia) che può intrecciare l'esperienza dell'io e quella dell'altro.

Empatia come apertura.

Non è sempre possibile capire l'altro, vedere e prevedere tutto dell'altro, ma si può sentire l'intima rilevanza dell'altro.

Roberto Tonelli

Quello che si vede e quello che non si vede



Da **Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia**, di Laura Boella

*L'empatia è il fondamento di tutti gli atti (emotivi, cognitivi, volitivi, valutativi, narrativi, ecc.) con cui **entriamo in rapporto con un'altra persona**.*

*L'empatia è cioè il **modo specifico in cui "incontriamo" l'altra, l'altro**, ci rendiamo conto che i suoi occhi "parlano", che non solo le sue mani, ma anche il suo cuore "trema", che non solo il suo volto è inciso dalle rughe, ma che lei, lui "si sente" vecchia, vecchio.*

**Ci rendiamo conto di ciò che sta fuori dal nostro io.**

*L'empatia, a questo punto, può diventare a pieno titolo il termine unitario con cui nominare **l'ambito di esperienza entro il quale si danno le molteplici forme del sentire l'altro**, l'amicizia, l'amore, la compassione, l'attenzione, **la cura**, il rispetto, il riguardo.*

*Queste trovano nell'empatia il loro fondamento nel senso che da essa sono guidate, ispirate, motivate, da essa ricevono il loro orientamento, in essa trovano il loro autentico significato.*

Parola chiave: **RENDERSI CONTO**, come osservare, percepire, accorgersi di qualcosa/qualcuno che mi sta di fronte e che non può essere assimilato a me.

*L'esperienza del dolore dell'altro mi mette in contatto con il mondo esterno, ma ne ridisegna fortemente i tratti.*

*...Sto di fronte al dolore dell'altro e indirizzo l'attività della mia coscienza per coglierlo in maniera appropriata.*

*Ma per far questo **io vado presso di lei, di lui**; l'altra, l'altro mi sposta verso di sé " come se fosse un oggetto esterno, in realtà mi attrae verso di sé, in un pieno sentire che ha luogo anche se non sono presso di me, ma fuori di me.*



## **Il dolore dell'altro non mi appartiene.**

Faccio esperienza interiore di un'esperienza che non è la mia, vivo un sentimento che non è il mio.

In realtà empatia non vuol dire gioire, soffrire insieme all'altra, all'altro e nemmeno avere un'esatta nozione delle ragioni e delle cause del sentire altrui.

**Empatia vuol dire allargare la propria esperienza, renderla capace di accogliere il dolore, la gioia altrui, mantenendo la distinzione tra me e l'altro, l'altra.**

EMPATIA E' RICONOSCERE E ACCOGLIERE NELLA SUA INTEREZZA LA PERSONA DELL'ALTRO, DELL'ALTRA.



Io incontro il dolore direttamente nel luogo in cui è al suo posto, presso l'altro, l'altra che lo prova, magari lo esprime nei tratti del volto o lo comunica in altri modi.

Non mi abbandono, né proietto o trasferisco le mie qualità su di lui o su di lei.

**E' L'ESPERIENZA DI UN ALTRO IN QUANTO SOGGETTO VIVENTE DI ESPERIENZA COME ME.**

**L'ALTRO E' AUTONOMO, E' ALTRO DA ME, MA E' ACCESSIBILE.  
MA QUESTO E' TUTTO DA SCOPRIRE.**

Vi sono cose da decifrare, da distinguere: ci vuole **ATTENZIONE**.

Il ponte tra me e l'altro è gettato, ma devo lasciarmi guidare dal suo dolore, dalla sua gioia per vivere la sua esperienza come se fosse la mia, ma non sarà mai la mia, non vivrò mai direttamente al posto dell'altro.

Questo vuol dire porre attenzione anche a se stessi, a ciò che mi accomuna o mi separa dall'altro.

Ecce Homo, di Antonello da Messina



Non è affatto facile stare di fronte all'altro e al suo dolore.  
A volte il dolore dell'altro non è nemmeno immaginabile.

L'empatia è la possibilità di sintonizzarsi sull'esperienza dell'altro, pur senza provare quel dolore in prima persona. Non è confondersi, immedesimarsi, perdersi, ma **penetrare quella esperienza, conoscerla, prendersene cura.**

Bisogna imparare a «stare a contatto del male senza farsi male».

*«Alle infermiere, a chi cura in generale, è chiesto per competenza professionale di saper avere a che fare con la sofferenza, con il male vissuto nel corpo e nella mente, avendone cura». (Daniela Riboli)*

Ma per affrontare queste situazioni non basta una competenza tecnica e scientifica, tanto più che vi è il peso della «non facile decidibilità su ciò che è meglio fare», in un contesto gerarchicamente organizzato.

→ **Il sapere dell'infermiere e dell'équipe intera non si apprende tecnicamente, ma si costruisce sull'esperienza, sulla base di una costante riflessione sui casi affrontati**

(la storia di Vera e dell'équipe)

→ In questo sapere vi è il primato della competenza corporea che permette all'infermiere di usare gli strumenti tecnici quasi come estensioni del proprio corpo, di usare le mani, di riconoscere con uno sguardo lo stato emotivo del paziente (intervento terapeutico agito nel rispetto)



L'esercizio della capacità riflessiva necessaria a trovare una soluzione adatta al singolo caso chiede innanzitutto che si sappia coltivare

**attenzione** nei confronti del paziente.

L'attenzione è quella postura della mente che consente di comprendere l'altro e di intervenire al momento opportuno.

E' la condizione per costruire sapere a partire dall'esperienza, andando al di là di un'interpretazione routinaria del proprio lavoro.

Una buona cura richiede un'attenzione focalizzata sull'esperienza vissuta dal paziente. (→ l'empatia)

(Luigina Mortari, La pratica dell'aver cura)



Nel rapporto di cura infermiere/paziente non vi è reciprocità e lo stato di sofferenza del paziente potrebbe dilagare nella relazione rendendo difficile-impossibile la cura.

Dove trovare l'energia per mantenersi in una relazione significativa di cura?

DENTRO DI SE' – NELLE RELAZIONI CON GLI ALTRI  
PROFESSIONISTI DELL'EQUIPE

Dobbiamo contrastare il rischio di affaticamento fisico e di burnout emotivo

L'operatore della cura è vulnerabile quanto la persona di cui si prende cura. Ha bisogno di prendere coscienza e rafforzare le competenze emotive, imparare a conoscere la qualità del proprio vissuto e trovare la giusta tonalità emotiva per costruire una buona relazione di cura, rifuggendo dagli estremi (asettica neutralità – farsi travolgere dal sentire dell'altro).

*Trasformare l'équipe in una care community*



## il caregiving e il dolore

Mi racconta Lorena che cura a casa la madre affetta da Alzheimer e ormai in stato vegetativo:

*«Il mio dolore è pensare a quanto la vita ha tolto a mia madre e a noi in questi dodici anni. Non poter mangiare una fetta di torta, lei che era così golosa, non godere della laurea di sua nipote... Fermarmi a pensare... questo è il mio dolore. Però mi consola il fatto di poterla curare bene come voglio, qui a casa. E' come se fosse la mia bambina».*



Cfr Giuliana Costa, *Quando qualcuno dipende da te*, Carocci, 2007

L'autrice parte da una ricerca empirica per avviare una sociologia della cura e analizza sulla base di una serie di interviste a caregiver le modalità con cui in famiglia ci si riorganizza per far fronte ai bisogni di cura, che durando nel tempo e che cambiano completamente la vita.

- Forte spinta destabilizzante
- Indebolimento della stabilità delle famiglie (non autosufficienza come malattia familiare)
- Ridimensionamento delle chances di vita degli individui il cui modo di stare al mondo viene minacciato e alterato per l'impatto che i bisogni di cura ha sulla vita quotidiana
- Necessità e competenze di risignificazione della vita dei caregiver la cui capacità di essere sufficientemente plastici viene compromessa





Si coglie una differenza sostanziale tra il fronteggiamento di un dolore acuto (ad esempio il dolore per la morte di una persona cara) e il dolore cronico (dovuto a lunga malattia, alla cronicità che si protrae nel tempo) che quasi rende schiave le persone a livello emotivo e scardina la normalità.

Non si vede davanti un futuro che possa garantire un sollievo.

Sono situazioni percepite senza via d'uscita.

Questi caregiver spesso non riescono ad assorbire il dolore e la sofferenza, attribuendo loro un senso con nuove definizioni della situazione che vivono.

Si riduce la libertà di scelta, di disporre del proprio tempo, della leggerezza, della spontaneità, della progettualità.

Il familiare vive la perdita dell'altro, che non riconosce più nella sua identità e immagine e la perdita di sé, un sé che non può essere, che non può avere un progetto, è la perdita del futuro.

Una delle esperienze più impegnative quando accogliamo un anziano in struttura, ma anche quando si avvia un servizio di assistenza domiciliare, è la relazione con i familiari.

Spesso si incontrano persone preoccupate, affaticate dalle difficoltà pratiche (ricoveri ospedalieri, dimissioni, necessità di nuovi livelli di assistenza...) e affranti dai sentimenti di abbandono, sensi di colpa, smarrimento, conflitti familiari sui processi decisionali e sulla giustificabilità delle scelte.

Ci si trova davanti a un intreccio di sofferenze, quelle dei familiari spesso sovrastano quelle degli anziani, specie se si tratta di persone con grave deterioramento cognitivo. Varcare quelle soglie fisiche, mentali ed emotive è doloroso.

L'affidamento alla struttura è un processo delicato che dura nel tempo, a seconda delle caratteristiche dei familiari, del loro grado di coinvolgimento e del rapporto con l'anziano.

Il loro dolore è la nostra fatica. Dobbiamo agire a più livelli e soprattutto saper praticare l'empatia dentro tutte le fasi in cui si articola l'accoglienza e per tutto il tempo di durata del ricovero.



Pellizza da Volpedo, Ricordo di un dolore

*“Ieri, per un momento, ho pensato che non avrei potuto continuare a vivere, che avevo bisogno d’aiuto. La vita e il dolore avevano perso il loro significato, **avevo la sensazione di “sfasciarmi” sotto un peso enorme**, ma anche questa volta ho combattuto una battaglia che poi all’improvviso mi ha permesso di andare avanti con maggiore forza. Ho provato a **guardare in faccia il “dolore” dell’umanità, coraggiosamente e onestamente, ho affrontato questo dolore o piuttosto lo ha fatto qualcosa in me stessa, molti interrogativi disperati hanno trovato risposta, l’assurdità completa ha ceduto il posto a un po’ più d’ordine e di coerenza: ora posso andare avanti di nuovo.** E’ stata un’altra breve ma violenta battaglia, ne sono uscita con **un pezzetto di maturità in più.***

*Ho scritto che mi sono confrontata col “dolore dell’Umanità”*

*(questi problemi mi fanno ancora paura), ma non è del tutto esatto.*

*Mi sento piuttosto come un piccolo campo di battaglia su cui si combattono i problemi, o almeno alcuni problemi del nostro tempo. L’unica cosa che si può fare è offrirsi umilmente come campo di battaglia.*

***Quei problemi devono pur trovare ospitalità da qualche parte,***

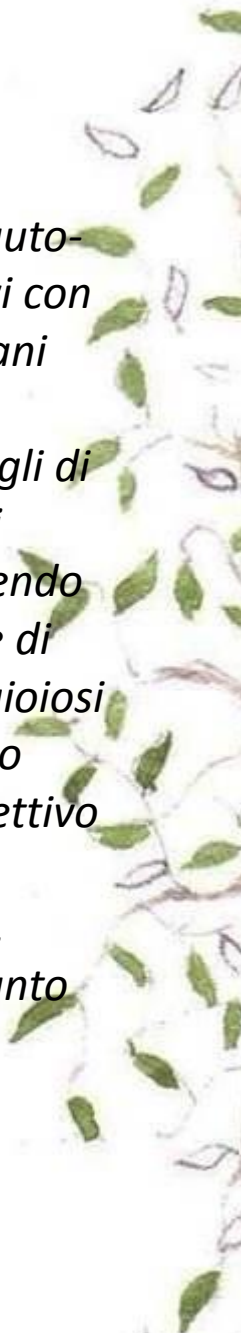
*trovare un luogo in cui possano combattere e placarsi, e noi, poveri piccoli uomini, noi dobbiamo aprir loro il nostro spazio interiore, senza sfuggire...”*

*Etty Hillesum, Diario 1941-1943 , Adelphi, 1985, filosofa, ebrea, morì ad Auschwitz nel novembre del 1943.*

*Di se stessa scrisse **“Avevo imparato a leggere in me stessa e così ero in grado di leggere anche negli altri”.***

Mi scrive una conduttrice di percorsi di auto-mutuo-aiuto

*Siamo quasi al termine del percorso per caregiver. Sono stati sei incontri di auto-mutuo-aiuto intensi che ho condotto personalmente. Dieci partecipanti attivi con un gran bisogno di condivisione e sostegno. Alcuni sono figli di genitori anziani malati da anni di demenza senile o Alzheimer. Una mamma di un ragazzo di trent'anno disabile, un fratello di una persona con sclerosi multipla e tre mogli di persone con malattie degenerative diverse. La sofferenza di queste mogli mi colpisce particolarmente perché i loro personali progetti di vita stanno svanendo insieme ai loro cari. Anche quando raccomandiamo di prendersi cura di sé e di trovare spazi rigenerativi, loro ti dicono che erano abituate a trovare spazi gioiosi di vita insieme ai loro mariti e che ora tutto è cambiato. Il loro dolore è molto profondo e fanno pensieri molto negativi. Anche l'aspetto relazionale ed affettivo è profondamente cambiato e una di loro, non accettando il cambiamento degenerativo del partner, tende a prendere le distanze, cercando vie di fuga. L'altra invece risolve la propria incapacità dialettica con il contatto fisico e tanto affetto, ma in un posizionamento relazionale non più paritario.*





*Poi abbiamo una coppia di persone entrambe caregivers, lei per la mamma anziana e lui con un fratello malato di sclerosi multipla e una mamma anziana non in grado di curarlo. Loro sono una coppia adulta, che a causa di questi problemi familiari non ha mai preso la decisione di coronare il proprio progetto di vivere insieme. Grazie all'aiuto del gruppo AMA hanno trovato il coraggio di uscire dalla "prigione" in cui si sentivano e hanno annunciato alle rispettive famiglie che a settembre si sposteranno. Questa per noi è stata una bellissima notizia che ha allietato tutti i componenti del gruppo.*

***Che dire, cara Itala, io tocco con mano ogni giorno che i gruppi di auto-mutuo-aiuto sono una grande risorsa per chi ne fa parte, perché danno competenze e creano sollievo, solidarietà e sostegno.***

**Anna Papagni  
conduttrice gruppi AMA  
Piacenza**





**Grazie!**  
[italaorlando@gmail.com](mailto:italaorlando@gmail.com)

Jan Provost, Bicchiere con fiori entro una nicchia