



Università degli studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di laurea

**LA DIALISI PERITONEALE:
IL GRUPPO COME STRUMENTO EDUCATIVO**

Relatore: Prof. Feltrin Lorella

Laureando: Panizzolo Daniele

Anno accademico:2014/2015

INDICE

ABSTRACT	pag. 1
-----------------------	---------------

CAPITOLO 1

<i>1.1 - La cronicità e le sue caratteristiche</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1.2 - Qualità di vita nei pazienti cronici.....</i>	<i>pag. 5</i>
<i>1.3 - L'autogestione nelle patologie croniche</i>	<i>pag. 6</i>
<i>1.4 - L'autogestione nelle patologie renali croniche</i>	<i>pag. 8</i>
<i>1.5 - I fattori terapeutici della terapia di gruppo</i>	<i>pag. 10</i>
<i>1.6 - La creazione del gruppo: spazio tempo dimensioni e regole.....</i>	<i>pag. 13</i>
<i>1.7 - Importanza della relazione d'aiuto nell'assistenza</i>	<i>pag. 16</i>

CAPITOLO 2

<i>2.1 - I vissuti emotivi e psicologici dei pazienti in dialisi peritoneale</i>	<i>pag. 19</i>
<i>2.2 - L'infermiere come "Facilitatore" del gruppo</i>	<i>pag. 21</i>
<i>2.3 – Il gruppo d'incontro per pazienti dializzati peritoneali</i>	<i>pag. 22</i>
<i>2.3.1 Scopi del Gruppo</i>	<i>pag. 22</i>
<i>2.3.2 Ruolo del Conduttore/Facilitatore.....</i>	<i>pag. 23</i>
<i>2.3.3 Setting e Strumenti</i>	<i>pag. 23</i>
<i>2.3.4 Numerosità e tipologia di partecipanti</i>	<i>pag. 24</i>
<i>2.3.5 Numerosità e contenuti degli incontri.....</i>	<i>pag. 25</i>
<i>2.3.6 Strumenti di valutazione.....</i>	<i>pag. 28</i>
<i>2.3.7 Limiti della proposta</i>	<i>pag. 29</i>

Conclusioni.....	pag. 31
-------------------------	----------------

Bibliografia e Sitografia

Allegati

ABSTRACT

I pazienti con patologia cronica, come nell'insufficienza renale cronica (IRC), sono generalmente costretti a seguire cure e/o trattamenti che li accompagneranno per tutta la loro vita.

A seguito di ciò le attività di vita quotidiana possono subire forti influenze sia per aspetti pratici, che la patologia e il suo trattamento determinano, sia per quanto concerne gli aspetti emotivi e relazionali legati alla situazione di malattia stessa. Essi possono aggravare la conduzione della propria vita come anche la percezione di se stessi, nel vedersi non più come persone ma unicamente come malati.

Su questi aspetti l'assistenza infermieristica può trovare spazi di impegno nella presa in carico del paziente al fine di potenziare le sue risorse in quanto attore principale e protagonista attivo del suo percorso di malattia, in modo tale che riesca ad affrontare le possibili difficoltà, sia di carattere tecnico-gestionale sia di carattere emotivo, che potrebbero presentarsi. La letteratura conferma come tutto ciò possa essere affrontato anche con modalità di gruppo trovando valide risposte.

Questo elaborato si prefigge di presentare una proposta per rispondere alle difficoltà che il paziente in dialisi peritoneale può trovarsi ad affrontare quotidianamente mediante la progettazione di un gruppo d'incontro dove l'infermiere per le sue competenze specifiche (di carattere tecnico-educativo e relazionale), può risultare il candidato maggiormente favorito per la conduzione.

L'obiettivo che il gruppo si prefigge di raggiungere è di supportare i pazienti (oggetto di questo elaborato) nell'affrontare dubbi/difficoltà che lo stato di malattia determina in una logica di confronto, sia per la gestione della tecnica prevista ma anche rispetto al "vissuto emotivo" che la malattia stessa crea.

CAPITOLO 1

1.1 La cronicità e le sue caratteristiche

Le nefropatie rappresentano senza dubbio una delle principali malattie croniche con un grande impatto sociale, sia per l'elevato numero di pazienti che ne soffre (peraltro sempre crescente anche a causa dell'allungamento progressivo della vita media), sia perché la malattia renale porta progressivamente il paziente alla condizione di dializzato, che lo costringe ad una dipendenza permanente dalla terapia renale sostitutiva (dialisi) o al trapianto. Il paziente in dialisi peritoneale quindi rientra nella condizione di cronicità.

Il termine “cronico” si attribuisce a una malattia con un lungo decorso e che può essere incurabile. Le condizioni croniche sono definite condizioni mediche o problemi di salute associati a sintomi o a disabilità che richiedono una gestione a lungo termine (di 3 o più mesi). La loro gestione include l'apprendimento delle tecniche che consentono di vivere con i sintomi e le sue disabilità, e di affrontare i cambiamenti di vita e di identità che possono creare la malattia. Consiste anche nel mettere in pratica cambiamenti nello stile di vita e regimi studiati per controllare i sintomi e prevenire le complicanze.

Sebbene qualsiasi condizione cronica abbia caratteristiche fisiopatologiche proprie, esse possiedono aspetti comuni. Nelle malattie croniche gravi o avanzate, di solito, è presente un certo grado di disabilità che limita la partecipazione dell'assistito alle attività di vita quotidiana; alcune richiedono addirittura regimi terapeutici che devono essere controllati. Le persone che sviluppano condizioni croniche o disabilità possono reagire con shock e incredulità, depressione, rabbia, risentimento e varie altre emozioni. Il modo in cui le persone reagiscono alle condizioni croniche è spesso simile alle loro reazioni agli altri eventi importanti della vita: dipende, almeno in parte, dalla comprensione della condizione in cui si trovano e dalla percezione delle possibili conseguenze sulla vita e sullo stile di vita proprio e della famiglia. Gli adattamenti alla malattia cronica sono influenzati da vari fattori:

- Comparsa improvvisa, estensione e durata dei cambiamenti nello stile di vita necessari, a causa della malattia;
- Stadi del ciclo vitale dell'individuo e della famiglia;
- Risorse della famiglia e dell'individuo per reagire allo stress;
- Caratteristiche sottostanti della personalità;
- Precedenti esperienze di malattia e crisi;

- Rabbia e lutto non risolto nel passato.

Le reazioni emotive, psicosociali e cognitive alle condizioni croniche sono legate alla loro comparsa e si ripropongono quando i sintomi peggiorano o ricompaiono dopo un periodo di remissione. I sintomi associati alle condizioni croniche di salute, spesso sono imprevedibili, e alcuni sono percepiti come “eventi di crisi” dalle persone e dalle loro famiglie, che devono rispondere sia all’incertezza della malattia cronica sia ai cambiamenti nelle loro vite.

A volte è difficile per le persone sane comprendere gli effetti, spesso profondi, delle malattie croniche sulla vita delle persone e delle loro famiglie. È facile, invece, per i professionisti sanitari concentrarsi solo sulla malattia o sulla disabilità mentre si guarda alla persona malata. In tutte le malattie, ma soprattutto nelle condizioni croniche, patologia e persona non possono essere separate. Le persone con malattie croniche spesso devono gestirle su base quotidiana. Le caratteristiche delle malattie croniche comprendono:

- Maggiore coinvolgimento per la gestione di malattie croniche rispetto a quelle mediche. Devono essere affrontati anche i problemi psicologici e sociali associati al vivere continuamente, o per lunghi periodi di tempo, con sintomi e disabilità che possono minacciare l’identità personale, determinare cambiamenti di ruolo e modificare stili di vita. Quest’ultimi richiedono adattamenti continui in base all’età e al contesto di vita. Ogni importante cambiamento o diminuzione delle capacità funzionali richiede ulteriori adattamenti fisici, emotivi e sociali, sia per gli assistiti che per le loro famiglie.
- Le condizioni croniche interessano diverse fasi della vita di una persona.
- Mantenere le condizioni croniche sotto controllo richiede una continua “compliance” al regime terapeutico.
- Una malattia cronica può portare allo sviluppo di altre condizioni croniche. La malattia cronica influenza la vita familiare: può essere tragicamente alterata a causa delle variazioni di ruolo, del non rispetto dei ruoli, della perdita di reddito, del tempo richiesto per gestire la malattia, della diminuzione delle attività di socializzazione familiare e dei costi dei trattamenti. Lo stress e la fatica familiare sono comuni delle gravi condizioni croniche, e l’intera famiglia, può avere necessità di assistenza. Tuttavia alcune di esse sono in grado di avere la padronanza dei cambiamenti che accompagnano la malattia cronica e il regime di trattamento e riescono ad inserire

quest'ultimo nella routine della vita familiare. Inoltre, sono capaci di evitare che la malattia cronica diventi il fulcro della “quotidianità familiare”:

- La gestione quotidiana della malattia è una responsabilità che coinvolge le persone affette da condizioni croniche e le loro famiglie. Ne risulta che, la casa, invece che l'ospedale, è il centro dell'assistenza nelle condizioni croniche.
- La gestione delle condizioni croniche è un processo di recupero.
- Gestire le condizioni croniche deve essere un processo collaborativo, che coinvolge diversi professionisti della salute che lavorano assieme agli assistiti e alle loro famiglie, al fine di offrire una gamma completa di servizi spesso necessari per la gestione domiciliare.
- La loro gestione è costosa: l'assenza dal lavoro a causa di malattie croniche può mettere in pericolo la sicurezza del posto e il reddito.
- Le condizioni croniche determinano difficili dilemmi etici per gli assistiti, i sanitari e la società.
- Vivere con malattie croniche significa vivere nell'incertezza¹.

1.2 Qualità della vita nei pazienti cronici

La qualità della vita, spesso non tenuta presente dai sanitari nel loro approccio all'assistenza a persone affette da malattie croniche, risulta fondamentale nel processo assistenziale. Il problema di convivere con le condizioni croniche è percepito più intensamente dagli assistiti e dai familiari più stretti: essi subiscono il maggiore impatto con i cambiamenti dello stile di vita che condizionano direttamente la qualità di vita. Le sfide connesse al vivere con una malattia cronica includono la necessità di rispondere ai seguenti problemi:

- Alleviare e gestire i sintomi;
- Adattarsi dal punto di vista fisico e psicologico alle disabilità;
- Prevenire e gestire crisi e complicanze;
- Attuare il regime prescritto;
- Riconoscere il proprio valore e la funzione familiare;
- Normalizzare il più possibile la propria vita e quella del familiare;
- Affrontare minacce dell'identità;
- Convivere con orari alterati, isolamento sociale e solitudine;

- Stabilire reti di sostegno e ottenere risorse che possono migliorare la qualità di vita;
- Ritornare ad una vita soddisfacente dopo un episodio debilitante;
- Morire con dignità e conforto;

La sfida di gestire e vivere con una malattia cronica è ben conosciuta e le persone colpite da quest'ultima spesso ricevono assistenza, informazioni, servizi e counseling inadeguati.

Lavorare con malati cronici richiede non solo di rispondere ad aspetti medici connessi alla patologia, ma anche di lavorare con l'intera persona, dal punto di vista fisico, emotivo e sociale. Quando le persone non risolvono i propri bisogni emotivi o il disagio, sperimentano un sovrastante senso di infelicità. La doppia sfida per l'equipe sanitaria è quella di comprendere come le emozioni dell'assistito influenzano le sue attuali condizioni fisiologiche e di identificare la migliore assistenza per l'individuo che prova un sottostante disagio emotivo e spirituale².

1.3 L'autogestione nelle patologie croniche

In relazione all'aumento di malattie croniche in particolare tra le persone con più di 60 anni (generalmente pluripatologiche), si è intensificata l'attenzione per quanto riguarda gli approcci olistici e la loro autogestione³. In particolare risultano necessarie strategie che valorizzano i rapporti di collaborazione fra pazienti⁴ ed equipe sanitaria. Le prospettive di autogestione per una malattia cronica sono presenti nella letteratura da più di 40 anni. Durante questo arco temporale, l'attenzione si è spostata dalla conformità e l'aderenza dei trattamenti medici ad un più ampio concetto di comprensione delle molteplici competenze, capacità, e supporti necessari per i pazienti che vivono con una patologia cronica.

Thomas Creer, nel 1976 nei suoi testi sulla riabilitazione dei bambini malati cronici, conia il termine "autogestione"; il lavoro di Creer si basa sulla Teoria dell'auto-efficacia di Bandura dove i pazienti sono partecipanti attivi nel loro cura. Corbin e Strauss hanno ulteriormente sviluppato il concetto di autogestione, che è composto da tre processi essenziali tra cui la gestione medica (aderenza al trattamento e completamento delle attività raccomandate dai sanitari), la gestione del proprio ruolo (sociale, familiare, lavorativo), e la gestione emozionale delle malattie croniche. Inoltre, sono stati affrontati aspetti psicosociali nel concetto di autogestione, come il dover affrontare modifiche del proprio stile di vita e, in

particolar modo, il continuo sentimento di incertezza, che spesso circonda le malattie croniche. Un lavoro condotto da Lorig et al. amplia i tre processi proposti da Corbin e Strauss e identifica cinque fattori per l'autogestione delle abilità: il problem-solving, il processo decisionale, l'utilizzo delle risorse, la partnership paziente-sanitario, e l'agito del paziente⁵.

- Il Problem-solving si riferisce alla ricerca di soluzioni volti a mantenere la salute. Il processo decisionale è un componente del problem-solving e può indicare le conoscenze per la gestione dei sintomi o la selezione tra le diverse opzioni di trattamento;
- L'utilizzo delle risorse delineano la capacità della persona di trovare servizi o informazioni nella loro comunità che li possa sostenere nella loro gestione della malattia;
- La partnership paziente-sanitario è importante perché favorisce la collaborazione per le attività di autogestione;
- L'agito del paziente si riferisce a come la persona riesce a “prendersi cura di se se”. In particolar modo, le persone devono aver fiducia nelle proprie capacità e devono impegnarsi per migliorare i loro comportamenti di autogestione⁵. Ad esempio, l'autogestione è stata definita “non solo come una serie di istruzioni ma risulta essere un processo dinamico di mantenimento della salute in un quadro di malattia cronica⁶”. Inoltre la capacità individuale del paziente deve essere connessa alla collaborazione della famiglia, della comunità, e degli operatori sanitari, per la cura della patologia, la scelta dei trattamenti e il possibile condizionamento dello stile di vita per mantenere al meglio la propria condizione di salute. Queste definizioni mettono in evidenza la natura altamente personale dell'autogestione che può variare a seconda della singola persona.

La diagnosi di IRC e quindi del successivo trattamento dialitico, rientrano nella gestione delle patologie croniche dove il concetto di autocura trova spazio in risposta alla nuova condizione del paziente e della famiglia.

1.4 L'autogestione nelle malattie renali croniche

L'autogestione comporta uno sviluppo di conoscenze, abilità e comportamenti necessari per la gestione della malattia e il suo trattamento: questo include anche la gestione di farmaci, il seguire una dieta^{7,8} e lo sviluppo di rapporti di collaborazione con l'equipe sanitaria^{9,10}.

Tuttavia, l'IRC è unica ed è diversa rispetto a molte altre malattie croniche, vista la sua natura e il suo trattamento molto complesso, in particolar modo quando è richiesto l'uso della dialisi. L'autogestione, in questo caso, necessita che i pazienti e le famiglie sviluppino competenze specifiche relative alla gestione del trattamento di dialisi^{7,8,11}. In una recente metanalisi di ricerca qualitativa sono state esaminate le esperienze dei pazienti che vivono con una malattia cronica, Schulman-Green et al.¹², hanno individuato tre ampi processi che stanno alla base delle attività di autogestione:

- “Focalizzarsi sui bisogni dovuti alla malattia”: riflette le capacità e le abilità che un individuo acquista con la malattia, e le attività intraprese per la gestione della stessa.
- “Attivazione delle risorse”: i pazienti identificano e accedono a varie risorse per sostenere i loro sforzi per l'autogestione; utilizzare queste risorse include una varietà di compiti da parte dei pazienti, come la creazione e il mantenimento dei rapporti con l'equipe sanitaria e imparare a conoscere il funzionamento del sistema sanitario.
- “Riconoscimento delle risposte emotive”: create dal vivere con una malattia cronica e lo sviluppo di strategie per integrare la malattia nella vita quotidiana. Fattori socio-economici e demografici, il contesto di vita, gli eventi della vita, aspetti culturali e religiosi, aspetti psicologici, e problemi emotivi legati alla malattia creano un notevole impatto nell'autogestione.

I membri del team di assistenza sanitaria possono essere una fonte positiva di supporto per i pazienti e le loro famiglie. La collaborazione, fra equipe sanitaria e paziente, nel prendere decisioni inerenti il suo stato di salute, è uno dei pilastri del concetto di autogestione: condividere il processo decisionale è l'opzione migliore per il paziente.

Studi qualitativi sull'autogestione di una malattia cronica, compresa l'IRC, hanno messo in evidenza delle sfide continue che molti pazienti devono affrontare nel rapportarsi con i sanitari. Per esempio, alcuni pazienti affetti da IRC, hanno riferito di aver percepito un mancanza di impegno, o una sensazione di “diffidenza” nei loro confronti, da parte dell'equipe sanitaria, o addirittura riferiscono di aver ricevuto informazioni che non avevano un grande significato o non trasmettevano un grande aiuto. Al contrario, abilità e relazioni positive forniscono sostegno, incoraggiamento, fiducia e favoriscono l'apprendimento: il paziente si sente rispettato come individuo, e partecipante attivo nel processo decisionale. Il processo decisionale quindi deve concentrarsi meno sugli aspetti medici (legati alla clinica) e più sul contesto di vita del paziente. Queste osservazioni dimostrano che l'autogestione

non è un processo statico, ma può cambiare nel corso della malattia e delle circostanze di vita del paziente.

Una strategia che può essere utilizzata per affrontare questa fase sono i colloqui motivazionali, che sono una tecnica di comunicazione definita come "una forma di collaborazione, centrata sulla persona, che guida e rafforza la motivazione al cambiamento". "Può essere insegnata e far parte della formazione di operatori sanitari¹³ e di recente, è stata consigliata nella cura di pazienti affetti da IRC¹⁴". Motivare gli sforzi del paziente nella sua autocura migliora la relazione/partnership educativa con gli operatori sanitari. Una buona partnership prevede l'assertività, buone competenze comunicative, e la fiducia del paziente nell'equipe sanitaria.

Uno dei primi modelli di supporto psicologico ed educativo all'autogestione, Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), è stato sviluppato da Kate Lorig et al. della Stanford University in primi anni 1990¹⁵. Il programma è stato progettato per incoraggiare l'auto-fiducia dei pazienti e per migliorare la gestione dei loro problemi di salute e prendere il controllo del loro sintomi, indipendentemente dalla loro malattia. Il focus è sul sostegno allo sviluppo di strategie di coping includendo le tecniche decisionali, il problem-solving, la modellazione del comportamento, la pianificazione e il feedback. I componenti essenziali del programma si concentrano sulle competenze generali e sui comportamenti di salute, come le tecniche di rilassamento, una sana alimentazione, la gestione del sonno e della stanchezza, la gestione dei farmaci, l'esercizio fisico e la comunicazione con gli operatori sanitari.

Esistono campi di "formazione" estivi organizzati da operatori sanitari, per i pazienti affetti da IRC e per i loro caregivers, che aumentano le conoscenze inerenti la patologia e i suoi trattamenti, e danno un aiuto psicoeducativo motivazionale per affrontare gli stress emotivi che la patologia e la sua autogestione comporta; tutto questo in un ambiente rilassante. Devins et al. hanno dimostrato che un intervento educativo e psicologico su pazienti in terapia conservativa posticipa l'inizio della dialisi in media di 17 mesi e influisce positivamente sulla sopravvivenza dopo 20 anni di follow-up^{16,17}. Allo stesso modo, Chen et al. hanno realizzato un programma di supporto psicologico ed educativo di auto-gestione, basato su: informazioni sulla salute e la malattia, l'educazione del paziente, il supporto telefonico, e un gruppo di sostegno/relazionale per pazienti con IRC. Il programma ha portato benefici: riduzione della progressione della malattia e dell'ospedalizzazione¹⁸. Wu

et al. in uno studio di coorte, hanno dimostrato che un'educazione multidisciplinare nei pazienti in pre-dialisi, ha diminuito l'incidenza della dialisi e la mortalità¹⁹. Questi studi evidenziano che dei sostegni psicoeducativi all'autogestione hanno un impatto sugli esiti clinici nei pazienti con IRC e quindi devono essere considerati come parte del trattamento clinico del paziente.

1.5 I fattori terapeutici della terapia di gruppo

La terapia di gruppo, nata negli anni quaranta, ha subito da allora una serie di adattamenti per potersi adattare all'evoluzione della pratica clinica. Sono sorte nuove sindromi cliniche, nuovi orientamenti teorici, nuove disposizioni, e vi sono state corrispondenti modificazioni nella terapia di gruppo che risulta più corretto definirle terapie di gruppo: esistono gruppi di sostegno per malati di cancro, gruppi per i disturbi alimentari, per malati di AIDS, per persone che hanno subito un lutto, per vittime di abusi sessuali, per pazienti affetti da diabete o pazienti affetti da IRC. Anche gli approcci risultano diversi (terapia della Gestalt, gruppi di terapia breve, terapia supportiva-espressiva, terapia cognitivo-comportamentale, gruppi psicoanalitici, psicopedagogici) come anche la tipologia dei gruppi stessi (gruppi esperienziali, gruppi di addestramento, gruppi di auto-aiuto o di mutuo soccorso vedi Alcolisti Anonimi). Tutti questi gruppi elencati hanno degli elementi in comune che costituiscono l'esperienza di gruppo e fra questi si annoverano i seguenti: infusione di speranza, universalità, informazione, altruismo, sviluppo di tecniche di socializzazione, comportamento imitativo²⁰.

Questi fattori risultano interdipendenti fra di loro, e nessuno di essi si manifesta o funziona separatamente. Sebbene i medesimi fattori operino in ogni tipo di gruppo, la loro interazione e la loro importanza possono variare da gruppo a gruppo. Inoltre i pazienti appartenenti allo stesso gruppo possono trarre beneficio dalla relazione tra i fattori stessi.

Speranza

Infondere e mantenere la speranza ha un'importanza fondamentale per gli scopi del gruppo; non solo la speranza è necessaria per trattenere il paziente in terapia, ma la fiducia in un metodo di trattamento può essere di per sé efficace dal punto di vista terapeutico. Molte ricerche hanno dimostrato che una grande aspettativa di aiuto precedente alla terapia è collegata in maniera significativa a un esito positivo.

La terapia di gruppo si giova anche di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo: i pazienti vedono o sentono parlare di altri membri del gruppo che all'interno di esso sono migliorati, inoltre incontrano spesso altri pazienti che hanno avuto problemi simili ai loro e che li hanno affrontati in modo più efficace. I conduttori dei gruppi dovrebbero richiamare periodicamente l'attenzione sui progressi fatti dai membri del gruppo. Nei membri del gruppo si radica la convinzione profonda di poter essere compresi da chi ha percorso la loro stessa strada e ha già trovato la via del ritorno. Inoltre le ricerche evidenziano quanto sia di vitale importanza che chi conduce il gruppo creda in sé stesso e nell'efficacia del suo gruppo.

Universalità

Molti pazienti iniziano la terapia con una triste convinzione: essere senza uguali nella loro disgrazia, avere essi soli certi problemi. Per molti pazienti il senso di unicità è spesso intensificato dal loro isolamento sociale: a causa delle difficoltà interpersonali, spesso non si presentano occasioni di relazioni veramente intime. Nella vita quotidiana non vengono a conoscenza delle esperienze e dei sentimenti simili vissuti da altri né si servono dell'opportunità di confidarsi con gli altri sentendosi infine da quest'ultimi "convalidati" e accettati. Nel gruppo, in particolar modo inizialmente, la smentita di queste sensazioni di unicità è un'elevata fonte di sollievo. Nell'avvertire la somiglianza con gli altri e nel condividere con loro le ansie più profonde, i pazienti traggono ulteriore beneficio dall'accettazione da parte degli altri membri del gruppo.

Informazione

Sotto questa indicazione generica sono compresi sia l'istruzione didattica, sia i consigli diretti fra i pazienti facenti parte del gruppo.

L'istruzione didattica può essere sfruttata nel gruppo per fornire nozioni, per modificare schemi di pensiero negativi, per dare una struttura al gruppo, per spiegare il processo di malattia. Spesso ha nel gruppo una funzione di forza di collegamento iniziale, prima che diventino attivi altri fattori legati allo scopo. A differenza dell'istruzione didattica, i "consigli" distribuiti dai membri del gruppo sono presenti senza eccezioni in tutti i gruppi. Sebbene il dare consigli sia un fenomeno comune agli inizi della terapia, esistono pochi casi in cui uno specifico suggerimento circa qualche problema abbia portato in modo diretto qualche beneficio al paziente. Tuttavia se predomina l'interesse per la persona coinvolta, il

contenuto del consiglio ha un impatto maggiore in quanto determina un'alleanza di fiducia tra le parti legata all'interessamento per la persona stessa e non per il contenuto.

Altruismo

I pazienti si aiutano notevolmente l'un l'altro nel processo di gruppo: possono offrire appoggio, suggerimenti, intuizioni, rassicurazioni, o dividere con altri membri del gruppo problemi simili. È facile che i membri del gruppo accettino più volentieri osservazioni da un altro membro del gruppo che dal conduttore. Alla nascita di un gruppo, i pazienti non apprezzano il confronto con degli altri membri del gruppo a volte dimostrando resistenza e non partecipazione. I quesiti che possono insorgere nei pazienti posso essere: *Cosa posso ricavare da altri pazienti che sono nello stesso mio stato di confusione? Finiremo col buttarci a terra reciprocamente*". Di solito, un paziente che denigra la prospettiva di essere aiutato dagli altri pazienti, in realtà sta dicendo erroneamente: "Io non ho nulla da offrire agli altri". In realtà il gruppo implicitamente insegna ai propri membri la possibilità di cogliere una nuova prospettiva che contrasta l'egocentrismo.

Tecniche di socializzazione

L'apprendimento per mezzo della condivisione, è un fattore che agisce in tutti i gruppi: la maggior parte delle volte il gruppo, per individui che non hanno mai instaurato relazioni di una certa profondità, rappresenta la prima occasione per un serio feedback. Spesso, le persone che sono membri del gruppo da più tempo acquisiscono abilità sociali assai complesse: hanno imparato a essere "efficacemente reattivi" verso gli altri, hanno acquisito metodi di risoluzione di conflitti, saranno meno portati ad esprimere giudizi impulsivi e più capaci di sperimentare un'adequata empatia. Queste capacità non faranno altro che aiutare ulteriormente i pazienti nelle future interazioni sociali (vedi anche la patologia).

Comportamento imitativo

Vi sono notevoli prove del fatto che i conduttori dei gruppi influenzino gli schemi comunicativi del gruppo condotto, modellando certi comportamenti come, per esempio, la disponibilità ad aprirsi o il fornire sostegno. Infatti l'imitazione risulta essere una risorsa efficace: non è raro che un partecipante tragga beneficio dall'osservare le modalità di approccio di un altro partecipante contribuendo allo "scongelo" individuale mediante la sperimentazione di nuovi comportamenti²¹.

Il gruppo quindi può essere definito come "microcosmo sociale" in quanto interagisce liberamente, con poche limitazioni strutturali, e si trasforma col tempo. Dopo un sufficiente

lasso di tempo, ogni paziente comincia a essere sé stesso, a interagire con i membri del gruppo come interagisce con le altre persone presenti nella sua sfera sociale, a creare nel gruppo lo stesso universo interpersonale nel quale ha sempre vissuto. Più è spontanea l'interazione fra i membri del gruppo, più rapido e autentico sarà lo sviluppo del microcosmo sociale: questo a sua volta aumenta la probabilità che i problemi cruciali di tutti i membri del gruppo siano espressi e presi in considerazione. Non è raro che i membri del gruppo reagiscano in modo molto diverso agli stessi stimoli: può verificarsi un episodio nel gruppo che viene percepito, osservato e interpretato in modo diverso da ciascuno dei partecipanti. La spiegazione è legata al fatto che ogni partecipante ha un mondo interiore diverso. Lo scopo del gruppo è di aiutare ciascun membro a comprendere e trasformare il proprio mondo interiore, e l'analisi di queste reazioni diverse è importante per entrare nel mondo interiore di ciascuno²².

1.6 La creazione del gruppo: spazio tempo dimensioni e le regole

Esistono alcuni elementi fondamentali da considerare per l'organizzazione di un gruppo: deve essere previsto a un luogo adatto su cui allestire il setting, la frequenza e durata dei singoli incontri, le dimensioni e la tipologia di partecipanti del gruppo, e la definizione di regole condivise che guideranno il patto d'aula.

L'ambiente fisico/spazio

Le riunioni del gruppo possono essere tenute in qualunque ambiente purché la stanza sia tale da garantire riservatezza e da eliminare le cause di distrazione²³. Il conduttore del gruppo può impegnarsi a qualificare il luogo in cui opera sapendo che lo spazio fisico in cui si svolge il gruppo può influenzare l'umore e il clima. Reagiamo infatti in modo diverso quando ci troviamo in un ambiente asettico e anonimo o quando sentiamo il calore delle pareti riscaldare gli animi²⁴. È prassi conoscere in anticipo il luogo dove si svolgeranno gli incontri, ed è opportuno che il conduttore tenga conto personalmente delle caratteristiche fisiche dell'aula: disposizione delle sedie, acustica, luminosità, qualità e funzionalità degli strumenti a disposizione (fogli, videoproiettore, computer, pennarelli, lavagna..). Il luogo di incontro, inoltre, deve poter dare la possibilità di sedere in circolo. La struttura privilegiata è il “cerchio magico” o il “ferro di cavallo” che consente a ogni partecipante di rimanere in

contatto visivo con ogni altro partecipante. Questa struttura circolare o semicircolare più di altre connota al confronto, all'influenzamento reciproco, allo scambio di feedback e di affetti, alla possibile dinamica dei conflitti e delle coalizioni²⁴.

Durata e Frequenza delle sedute/ Il tempo del gruppo

Ad oggi è parere comune ritenere che, anche nei gruppi ben consolidati, sia necessario almeno un arco di tempo di sessanta minuti per "riscaldarsi", per svelare ed elaborare i temi principali della seduta. Dopo circa due ore si raggiunge una stasi nel miglioramento: il gruppo diventa stanco, monotono e inefficace.

Sebbene la frequenza degli incontri possa variare da una a cinque volte alla settimana, la grande maggioranza dei gruppi si riuniscono una volta alla settimana²⁵.

Dimensione del gruppo/Partecipanti del gruppo

La letteratura indica che i componenti di un gruppo dovrebbero essere sette-otto membri, con un'oscillazione accettabile tra i cinque e i dieci. Quando le dimensioni di un gruppo si riducono a quattro o tre membri, il gruppo cessa di operare come gruppo; diminuisce l'interazione e molti dei vantaggi del gruppo risultano compromessi dalla riduzione delle sue dimensioni. Con l'aumento delle dimensioni del gruppo, invece, c'è sempre meno tempo a disposizione per elaborare i problemi di ciascuno. Poiché è probabile che ci sia un abbandono fisiologico di alcuni membri del gruppo, è consigliabile cominciare con un gruppo di dimensioni leggermente maggiori. In una certa misura la dimensione ottimale del gruppo dipende dalla durata dell'incontro: quanto più si protrae l'incontro, tanto più è alto il numero di pazienti che possono partecipare al gruppo con profitto. Poco numerose sono state le ricerche e le evidenze scientifiche, sul rapporto fra le dimensioni e l'efficacia del gruppo²⁶.

Un'altra caratteristica/fattore fondamentale è il sesso all'interno di un gruppo; la donna tende a rapportarsi per instaurare legami di amicizia in cui utilizza il dialogo come "collante" relazionale e le conversazioni come occasioni per scambiare confidenze. I gruppi di donne privilegiano il vivere in un mondo di legami dove gli individui offrono e ricevono conferme e sostegno, e dove ognuno si impegna per superare conflitti e raggiungere il consenso. Esse, più degli uomini, percepiscono la differenza fra dedicarsi agli altri o a se stesse, e cercano una soluzione che non faccia soffrire nessuno: preferiscono che le decisioni vengano prima discusse e quindi stabilite in un clima equo in cui tutti possano esprimere suggerimenti.

Gli uomini invece presentano alcune differenze rispetto alle donne: in genere sanno dominare le relazioni agonistiche o i conflitti aperti, non amano ascoltare per troppo tempo o sentirsi inquadrati in una posizione subordinata, non gli piace eseguire ordini o suggerimenti altrui, soprattutto quando provengono da un conduttore. Essi temono l'intimità, rispettano molto le regole all'interno dei rapporti e i loro valori forti sono l'indipendenza e la libertà d'azione. L'uomo però tende a offrire rapide soluzioni ai problemi che vengono presentati, concentrandosi principalmente sul messaggio del discorso, tralasciando l'eventuale richiesta relazionale di comprensione e empatia. Il conduttore di un gruppo misto può allora impegnarsi a trovare la complementarità fra i sessi, facendo aumentare nelle donne il livello di identità, autostima e assertività e diminuire nell'uomo la tendenza a prevalere e a dominare anche in situazioni non necessarie²⁷.

Le regole per il buon funzionamento del gruppo

Alla base del buon funzionamento del gruppo vi sono delle regole, che consentono ad ognuno di rispettare la libertà degli altri e sono:

- **La riservatezza e la confidenzialità:** i partecipanti si impegnano a non condividere con persone estranee al gruppo quanto accade nel gruppo stesso.
- **I confini del setting:** i partecipanti si impegnano a non frequentarsi tra loro all'esterno del gruppo e a non avere rapporti sessuali con altri membri del gruppo, per consentire una totale libertà espositiva nel momento di esplorazione terapeutica.
- **Il non fumare:** consente di utilizzare creativamente le motivazioni e le tensioni che portano all'atto sterile e dannoso del fumare.
- **Il tempo a disposizione fisso:** fa sì che ognuno utilizzi il gruppo lasciando spazio agli altri.
- **Esprimersi invece che dialogare:** durante la fase esplorativa dell'incontro di gruppo non è consentito dialogare con la persona che in quel momento ha la parola, anche quando si viene direttamente interpellati da essa. Nel momento della discussione tutti gli interessati potranno portare il proprio contributo sia a livello emotivo che cognitivo ed esperienziale.
- **Il basta davvero:** è una formula convenzionale che, pronunciata da chi sta compiendo un'esplorazione in profondità, gli permette di interrompere il suo

lavoro, richiamando il gruppo a sospendere e fermare del tutto ed immediatamente l'interazione in corso.

- **La conoscenza pregressa:** qualora entrando a far parte del gruppo si dovesse trovare persone che conosciute è opportuno parlarne prima possibile con chi conduce il gruppo stesso²⁸.

1.7 Importanza della relazione d'aiuto nell'assistenza

Secondo l'etimologia il termine relazione deriva dal verbo latino refero-refers-retuli-relatum-referre che può essere tradotto nei suoi significati di riferire, riportare, restituire. Una connessione tra due persone dove vi sia presente "qualcosa" che li vincola, li definisce, deve essere fatto, considerato o riportato, crea relazione.

Si ha relazione di aiuto quando vi è un incontro fra due persone di cui una si trova in condizioni di sofferenza/confusione/conflitto/disabilità (rispetto a una determinata situazione o a un determinato problema con cui è a contatto e che si trova a dover gestire), ed un'altra persona invece dotata di un grado 'superiore' di adattamento/competenze/abilità, rispetto a queste stesse situazioni o tipo di problema²⁹.

Carl Rogers, considerato il padre della Psicologia Umanistica e del Counseling, nel 1951 definisce la relazione d'aiuto come "una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato. L'altro può essere un individuo o un gruppo. In altre parole, una relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione³⁰

La relazione d'aiuto o "colloquio di aiuto" non è svolta solamente da professionisti dell'ambito psicologico come Psichiatri, Psicoterapeuti e Psicologi, ma la possono svolgere anche altre tipologie di professionisti come gli infermieri o i medici.

Rogers, elenca le caratteristiche fondamentali che promuovono lo sviluppo della persona. Tra esse si citano le fondamentali in quanto considerate essenziali per costruire una buona base atta ad instaurare una relazione d'aiuto e sono:

1) *Congruenza*: l'aiutante è in uno stato di sufficiente benessere tale da permettere di accompagnare "l'aiutato", che si trova in uno stato di disagio, nella riesaminazione dei propri sentimenti e delle proprie paure".

2) *Accettazione positiva e incondizionata*: sentimento che si instaura nell'aiutante, quando quest'ultimo, incontra l'aiutato senza scudi e barriere in una sincera relazione priva di giudizio

3) *Comprensione empatica*: capacità dell'aiutante di "sentire" e percepire il mondo del aiutato, senza però valutarlo o giudicarlo. Sentire l'altro per come è" e, nel farlo, "restare quello che si è".

L'empatia rappresenta un pilastro della relazione d'aiuto come anche nella professione di infermiere che convive quotidianamente con dolore e la sofferenza. Senza tale capacità, la distanza tra infermiere e paziente potrebbe diventare troppo grande e compromettere l'aiuto e anche il riconoscimento dell'altro come persona umana. La capacità data dall'empatia permette di conoscere come si sente l'altro poiché raramente le emozioni vengono espresse attraverso il verbale.

Un'altra caratteristica fondamentale per sviluppare una relazione d'aiuto infermiere-paziente è l'ascolto. L'ascolto è il primo passo per riuscire a stabilire un incontro profondo fra i due soggetti. Esso si esprime attraverso la capacità di sentire le parti più profonde dell'altro e nella comprensione accurata delle sue componenti più interne producendo così un cambiamento profondo nella persona che lo sperimenta. Questo tipo di ascolto, che caratterizza appunto la relazione di aiuto, è chiamato ascolto attivo, (o anche ascolto empatico o comprensivo) che si esprime cogliendo il vero significato interiore di colui che parla (ma oltre le parole) attraverso il silenzio di chi ascolta. L'ascolto quindi rappresenta una modalità con la quale ci si accorda cognitivamente ed emotivamente con la persona che necessita di aiuto.

Nell'assistenza infermieristica tutte queste condizioni/caratteristiche devono essere presenti se si vuole prendersi cura del paziente da un punto di vista olistico.

CAPITOLO 2

2.1 I vissuti emotivi e psicologici dei pazienti in dialisi peritoneale

Durante l'esperienza di tirocinio svolta all'interno del servizio di Dialisi Peritoneale dell'ULSS 13, lo scrivente ha potuto confrontarsi con le esperienze, verbalizzate dai pazienti che afferiscono nel contesto, inerenti al loro stato di malattia e al vissuto legato. La situazione dei pazienti in dialisi è descritta come una sconfitta, una perdita di qualcosa e lo sconvolgimento di abitudini di vita o addirittura della vita stessa. "L'individuo si sente

assente nel suo presente, non è più partecipe, annulla ogni sua possibilità di esistenza, perché il suo esistere subisce una totale rivoluzione. Non si sente più padrone della sua vita e al centro della sua esistenza, esiste solo la “Dialisi” artefice e protagonista della sua attuale disavventura³¹”.

Una delle verbalizzazioni maggiormente ridondanti si riferisce alla difficoltà di gestione del regime alimentare e della modifica dello stile di vita a fronte dei puntuali “appuntamenti” per l’esecuzione degli scambi legati alla dialisi peritoneale.

L’impegno che i pazienti descrivono nell’aderire alla dieta prescritta risulta spesso essere altalenante: generalmente non è più invitante come ad esempio si presenta l’alimentazione mediterranea, ma è composta di prodotti in minor quantità, iposodici e ipoproteici, o addirittura aproteici nei casi più gravi³¹. Rivedere il proprio stile di vita, le abitudini, diviene particolarmente gravoso nei pazienti che hanno iniziato da poco la dialisi peritoneale e nei pazienti che sono in trattamento da lunghi periodi; i primi presentano resistenze legate all’abitudine precedente alla patologia, e i secondi riferiscono una “stanchezza”, una “mancanza di motivazione”, dovute all’età, a svolgere le attività consigliate/prescritte dagli infermieri/medici e tutta l’equipe sanitaria. Spesso i pazienti riferiscono addirittura di non avere adeguate informazioni inerenti alla tipologia di alimentazione da seguire.

Oltre alla dieta, altre difficoltà riferite dai pazienti sono problemi di ordine gestionale come ad esempio il setting per l’esecuzione dei scambi peritoneali (dove tenere lo/gli scaldi sacche, dove posizionare un’eventuale macchina per la dialisi notturna, dove tenere le confezioni contenenti le sacche di dialisato....) o banalmente le procedure per lo smaltimento dei presidi utilizzati.

A questo si può aggiungere la preoccupazione riferita nel gestire accuratamente gli scambi peritoneali, in termini di rispetto dei tempi previsti e prescritti, che determinano una vita scandita e vincolata da costanti orari i quali possono determinare limiti nelle attività di vita quotidiana ma anche in quelle di svago (vedi viaggi). Questi aspetti venivano manifestati con varie emozioni (ansia, preoccupazione) e dubbi o domande del tipo: “Quindi come farò con il lavoro? Dovrò smettere di lavorare? Quali sono le soluzioni?”. Da ciò emerge la sensazione, provata dai pazienti, della limitazione della libertà personale che può influire sui rapporti familiari e sociali.

A tutto ciò si somma anche la percezione della perdita/alterazione della propria immagine corporea. A titolo di esempio si riporta la verbalizzazione di una paziente che asseriva di non

voler più andare in spiaggia/al mare e di non voler più avere rapporti sessuali con il proprio partner, in quanto si vergognava della presenza del catetere peritoneale presente nel suo addome. Spesso i pazienti riferiscono un sentimento di vergogna per la presenza del catetere e tendono a nascondere il più possibile.

La letteratura infatti parla di alcuni principali sentimenti che emergono dai pazienti come la paura, mancanza di motivazione o demotivazione, depressione, frustrazione, rabbia e vergogna. Nei soggetti anziani si somma il timore di non riuscire a superare gli “ostacoli”/problemi correlati alla patologia, vista l’età e la “mancanza di forze”/“stanchezza”. Nei pazienti più giovani può essere maggiormente accentuata la depressione dovuta alla perdita dell’immagine corporea. Trasversalmente comunque i sentimenti più comuni si riconducono alla vergogna e la rabbia: vergogna di mostrarsi al partner, vergogna di andare in alcuni luoghi, vergogna a svolgere alcune attività di vita quotidiana e la rabbia scatenata da una domanda comune rispetto alla non accettazione della patologia e del trattamento: “Perché proprio a me?”. Quest’ultimo interrogativo infatti compare in un’indagine condotta su 40 pazienti anziani in emodialisi e dialisi peritoneale in cui è emerso che essi subiscono passivamente il cambiamento di vita che si è prodotto ed assumono atteggiamenti che vanno dall’apatia ad un vero e proprio rifiuto; inoltre sviluppano ansia e depressione perché, a livello inconscio, la dialisi viene vissuta come una sorta di punizione: “ guarda cosa mi doveva capitare dopo una vita di lavoro”, “perché proprio a me”, etc³¹.

2.2 L’infermiere come “Facilitatore” del gruppo.

Data l’esperienza condotta presso il Servizio di dialisi peritoneale dell’ULSS 13, come asserito anche dalla letteratura rispetto alle molteplici difficoltà gestionali e non, che i pazienti in dialisi peritoneale sono costretti ad affrontare, la proposta di questo elaborato vede la possibilità di supportare i pazienti in oggetto nella gestione della malattia e delle problematiche ad essa legate.

A fronte delle evidenze scientifiche e risultati positivi riscontrati da Chen e colleghi, i quali hanno realizzato un programma di supporto di autogestione per pazienti con IRC basato da un gruppo di sostegno/relazionale, si è ipotizzato di ideare e proporre, un gruppo d’incontro

all'interno del quale i pazienti possano trovare risposte sia di gestione tecnica/operativa di fronte a possibili difficoltà nell'esecuzione della dialisi stessa, sia rispetto alla nuova dimensione del ruolo sociale/familiare/lavorativo che il paziente affronta e non per ultimo di supporto emotivo.

In tutto ciò l'infermiere riveste un ruolo determinante nella possibile conduzione del gruppo date le sue competenze tecniche, educative e relazionali descritte sia nel profilo professionale e nei seguenti articoli del codice deontologico:

“Articolo 2 : L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.”

“Articolo 7 : L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.”

“Articolo 19 : L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.”

“Articolo 20 : L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.”

“Articolo 35 : L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.”

L'obiettivo generale che il gruppo proposto intende raggiungere, è che il gruppo “viva” di se stesso ed ad opera dei partecipanti, dove il conduttore (infermiere), risulta solo un facilitatore per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, oltre a favorire la fiducia che i pazienti hanno nell'efficacia del gruppo; questo compito comincia ancora prima che il lavoro di gruppo abbia inizio, in cui il conduttore rafforza le aspettative positive, elimina i presupposti negativi e presenta una spiegazione lucida ed efficace delle finalità del gruppo. L'infermiere in dialisi peritoneale nella veste di conduttore, risulta facilitato in tutto ciò in quanto conosce già i potenziali pazienti che potrebbero partecipare al gruppo a fronte del

rapporto costituito durante i training per la gestione della dialisi peritoneale e i successivi contatti.

2.3 Il gruppo d'incontro per pazienti dializzati peritoneali

Di seguito verranno descritti i punti fondamentali/"i pilastri" della struttura del gruppo ipotizzato, e saranno suddivisi in paragrafi in cui ci sarà una spiegazione, basata sulla letteratura.

2.3.1 Scopi del gruppo

Gli obiettivi specifici che il gruppo tenderebbe a soddisfare sono di natura emotiva, tecnico/pratica, educativa e di comportamento, suddivisi nel seguente modo:

- Acquisizione dell'abilità di riconoscere le proprie emozioni e di percepirle come un arricchimento nella relazione con l'altro;
- Sviluppo delle capacità di esprimere le emozioni e i sentimenti attraverso la comunicazione verbale e non verbale;
- Rafforzamento della stima di sé, lo sviluppo delle capacità di apprezzare se stessi e gli altri in modo da acquisire un'immagine positiva di se stessi (anche corporea), e la disponibilità a valorizzare gli aspetti positivi dell'esperienza;
- Autonomia, intesa come consapevolezza di poter decidere;
- Aumento dell'autogestione per il soddisfacimento dei propri bisogni e desideri;
- Aumento delle conoscenze e delle informazioni inerenti la gestione tecnico/operativa del trattamento e della dieta.

2.3.2 Ruolo del conduttore/facilitatore

Essendo questo un ruolo in cui si somma l'aspetto informativo con quello formativo/educativo, il conduttore dovrà assumere il ruolo del "facilitatore", inteso come figura che all'interno del gruppo promuove la partecipazione dei componenti, favorisce l'espressione e la discussione delle diverse opinioni, definisce e mantiene il compito del gruppo, prestando particolare attenzione a:

- Trasmettere informazioni, corrette e aggiornate;
- Incoraggiare la partecipazione di tutti, non limitando gli interventi ai soliti pazienti che si manifestano più attivi con la partecipazione;
- Attivare interesse e responsabilità, incoraggiando la trasparenza e la diversità delle opinioni e segnalando continuamente che ognuno è portatore di un pezzo di conoscenza da condividere con gli altri membri;
- Facilitare la discussione e l'elaborazione, senza esprimere giudizi né moralizzando gli interventi, ma prestando ascolto e attenzione a tutti i partecipanti;
- Fare attenzione al clima e alla comunicazione non verbale, in quanto è proprio con questo canale che si inviano segnali, messaggi e richieste soprattutto quando si è imbarazzati o molto coinvolti dall'argomento;
- Aiutare a rimanere in tema senza troppe dispersioni, richiamando quindi il gruppo a riprendere l'argomento che si sta affrontando;
- Sintetizzare i punti di discussione, aiutando i membri a trarre delle prime sintetiche conclusioni da quanto affrontato e sperimentato.

2.3.3 Setting e strumenti

Come riportato anche dalla letteratura di riferimento, il setting/l'ambientazione/luogo d'incontro, dovrà essere un luogo familiare ai pazienti, in modo tale da poter facilitare esposizione/narrazione dei partecipanti dei propri vissuti. Ipoteticamente si può proporre uno spazio dedicato attiguo al Servizio di dialisi peritoneale con le caratteristiche elencate dalla letteratura. La stanza dovrà essere spaziosa in modo tale che il gruppo non si senta "stretto" o "limitato", e che ci sia la possibilità di sedersi in circolo. La stanza dovrà essere il più accogliente e familiare possibile; saranno presenti delle sedie corrispondenti a numero dei partecipanti compreso il conduttore. Per l'accoglimento è opportuno la presenza di sottofondo musicale rilassante che successivamente verrà sospeso all'inizio dell'incontro. Nella stanza potranno essere presenti una lavagna, dei gessi colorati, penne, matite, pennarelli, buste e fogli di carta che potranno essere utilizzati nei vari incontri. Strumenti fondamentali che non dovranno mancare sono il computer, il video proiettore (per la proiezione di possibili filmati specifici di un incontro) e lo schema orientativo delle emozioni

(Allegato 1): questo strumento permette di riconoscere e “dare un nome” al sentito di ciascun partecipante.

Un altro strumento proponibile è un “diario personale”: ogni partecipante è invitato ad utilizzare un diario nel quale segnare/scrivere a domicilio, volontariamente, eventi, emozioni e idee rispetto al suo vissuto e alla sua vita quotidiana più o meno legata alla patologia. Lo scopo dello strumento è quello di supportare i pazienti nell’esposizione “di se” durante gli incontri a cui potranno seguire condivisioni e confronti con gli altri membri del gruppo.

2.3.4 Numerosità e tipologia di partecipanti

La partecipazione al gruppo è su base volontaria e i pazienti potrebbero essere informati sull’iniziativa durante i periodici accessi al servizio legati al follow-up clinico e riservando uno spazio dedicato per chiarire al paziente lo scopo del gruppo oltre a fornire indicazioni sull’organizzazione dei gruppi stessi (luogo, orario, durata di ogni incontro e frequenza). Il numero dei partecipanti indicativamente non deve superare i 16 pazienti (come suggerito anche dalla letteratura) preferibilmente misto. Attualmente i pazienti che afferiscono al Servizio di Dialisi peritoneale sono 32 pertanto alcuni pazienti interessati all’iniziativa potrebbero essere esclusi con l’ipotesi di riproporre l’iniziativa nel tempo.

2.3.5 Numerosità e contenuti degli incontri

La frequenza degli incontri è su base settimanale ad orario fisso predefinito anche per dare continuità e “sicurezza” ai partecipanti per un totale di 6 incontri della durata di due ore ciascuno.

La programmazione potrebbe seguire la seguente modalità:

1° INCONTRO: risulta essere uno fra i più importanti e fondamentali. E’ il momento in cui i partecipanti cominciano a conoscersi e quindi, dopo che il conduttore si sarà presentato, egli potrà ribadire le motivazioni che lo hanno spinto alla realizzazione del gruppo ed eventuali modalità che saranno utilizzate. Inoltre il conduttore preciserà le regole che

impegnano il gruppo e inviterà tutti i partecipanti ad osservarle. Le specifiche regole di discussione si riassumono così:

- Non esiste un giusto o sbagliato, esistono opinioni diverse;
- Tutti i partecipanti possono esprimere i propri punti di vista;
- Cercare di parlare uno per volta, non tutti insieme o a gruppi;
- Cercare di ascoltare e far ascoltare;
- Non entrare in discorsi a due o a piccoli gruppi;
- Usare liberamente qualsiasi linguaggio purché rispettoso e non insultante;
- Esprimere critiche costruttive alle idee e non alle persone;
- Favorire la spontaneità ed immediatezza;

A ciò seguirà la presentazione dei componenti del gruppo che potrà essere così modulata: nome e dove vivo (il fatto di vivere nello stesso paese potrebbe ridurre le distanze iniziali di due o più partecipanti dettate dalla non conoscenza). Potrà seguire poi una rilevazione dei presenti rispetto alle aspettative legate alla partecipazione del gruppo, cosa ha spinto la partecipazione al gruppo stesso; dopo questa fase iniziale, ognuno dei partecipanti scriverà quanto risulta nelle sue aspettative su un foglietto precedentemente consegnato con allegata una busta nella quale verrà inserito il foglietto scritto. Ogni partecipante poi verrà invitato a chiudere la busta e a scrivere il suo nome e consegnare il tutto poi al conduttore.

I partecipanti potranno poi essere invitati ad esprimere liberamente il loro percorso di malattia. Per chiudere questo primo incontro il conduttore raccoglie le sensazioni/pareri/richieste che potrebbero essere la base per la struttura dei contenuti degli incontri successivi con temi che possono riguardare la gestione tecnica/operativa del trattamento dialitico, la dieta, la possibile percezione della modifica immagine corporea, l'assertività e il riconoscimento dei sentimenti, il cambiamento radicale dello stile di vita.

2° INCONTRO

La modalità ipotizzata (rompighiaccio) per l'apertura di questo incontro è il brainstorming partendo da concetti che accomunano i partecipanti "insufficienza renale cronica" o "dialisi peritoneale" invitando i partecipanti a scrivere (in modo anonimo) su un foglio preventivamente consegnato, una frase o una racconto rispetto al loro sentito di esperienza. I fogli saranno piegati e inseriti direttamente dai pazienti all'interno di un sacchetto e successivamente, i partecipanti saranno invitati a estrarre casualmente dal sacchetto un foglio e leggere all'assemblea quanto riportato. Le parole di particolare rilevanza che

emergono dalla lettura, verranno trascritte dal conduttore su un precostituito orologio di carta (su spazi predefiniti sulla base del numero dei presenti). Successivamente verrà fatta girare la lancetta dell'orologio che indicherà una parola trascritta: ad esempio se la lancetta si ferma nello spazio dove è stata trascritta la parola "Paura" i presenti saranno invitati ad esprimere cosa suscita/quale emozione/situazione provoca. Questa condivisione permette di rendere partecipi e consapevoli tutti i presenti su comuni emozioni/sensazioni dando la possibilità di condividere anche strategie per affrontarle.

Anche questa attività risulta di ispirazione per i possibili temi affrontabili negli incontri successivi.

Successivamente, il conduttore introdurrà e spiegherà a livello teorico i concetti di Assertività, Passività, Aggressività, che potranno dare stimoli di riflessione per il riconoscimento degli stessi, e il perché della loro importanza, basandosi sulla presentazione di alcune slide precedentemente preparate. Il facilitatore consegnerà dei fogli ad ogni partecipante e li inviterà a scrivere, anonimamente, una particolare esperienza della loro vita legata anche al vissuto di malattia, in cui hanno provato il più forte sentimento che li rappresenta, fra quelli elencati precedentemente. I fogli verranno inseriti in una busta e letti e discussi dai partecipanti nell'incontro successivo.

INCONTRI SUCCESSIVI

Nell'apertura del terzo incontro verrà dato spazio alla lettura e alla condivisione di quanto scritto in chiusura nell'incontro precedente rispetto alla scrittura/narrazione sui temi Assertività, Passività, Aggressività (con la modalità dell'estrazione in modo casuale e lettura all'assemblea dei fogli presenti all'interno di una busta) da cui si favorirà la relazione sempre nella logica del confronto fra i partecipanti per favorire strategie atte ad affrontare situazioni difficili.

I successivi incontri poi potranno essere sviluppati sulla base dei contenuti emersi dagli incontri precedenti anche grazie alla conoscenza/confidenza tra i partecipanti che favoriranno la riduzione delle resistenze legate alla non conoscenza dei partecipanti stessi. È comunque prevista una struttura fissa composta da una prima parte dedicata alla libera narrazione dei partecipanti rispetto al vissuto del periodo che separa l'ultimo incontro che può spaziare da possibili disagi affrontati sia nell'ambito della loro vita

lavorativa/sociale/familiare, sia per quanto riguarda qualsiasi aspetto della malattia e della gestione della stessa.

Nella seconda parte si affronteranno temi più correlati a concetti teorico/gestionali come ad esempio la gestione tecnico/operativa del trattamento dialitico e la dieta. In particolare si evidenzieranno i comportamenti a rischio legati alla gestione della procedura di trattamento dialitico e alla dieta. Il conduttore potrà usare come stimolo affermazioni del tipo: "Mi lavo sempre le mani prima di iniziare il trattamento dialitico", "Effettuo gli scambi negli orari prefissati", "Assumo gli alimenti previsti dalla dieta", "Monitorizzo i liquidi assunti quotidianamente", "Non bevo alcolici" etc etc, a cui seguirà il confronto tra i presenti all'interno dei quali potranno nascere dubbi inerenti. Le risposte non saranno date dal conduttore ma bensì dai partecipanti del gruppo stesso che sulla base della loro esperienza, potranno fornire azioni correttive per coloro che si trovano nell'impasse.

Può anche essere previsto l'utilizzo di un video al termine, quale rinforzo per le conoscenze necessarie al paziente (es: "training dialitico e alimenti: la preparazione degli stessi").

Altri aspetti affrontabili negli incontri successivi possono affrontare temi rispetto allo stile di vita e le possibili limitazioni della libertà personale. L'obiettivo è quello di favorire la discussione tra i presenti rispetto alle difficoltà/gli ostacoli legati al processo di cura sulla conduzione della vita quotidiana e con quali modalità poterli superare. Una delle modalità per perseguire l'obiettivo è di disegnare su una lavagna un fiore con grandi petali sui quali, verranno registrate le affermazioni dei pazienti rispetto alla famiglia, lavoro, attività fisica, viaggiare/spostarsi, seguire una dieta, le relazioni intime. La visione di quanto emerso risulta da specchio riguardo a problematiche comuni stimolando strategie di risposta sulla base dell'esperienza dei presenti.

Altro tema che si vuole prendere in considerazione nella programmazione degli incontri è legato alla percezione dell'immagine corporea e i sentimenti ad essa connessi. La struttura di questo incontro sarà la stessa del 2° incontro, dove il termine di stimolo sarà "catetere peritoneale"; questo fornirà l'input per la condivisione di vissuti/eventi/emozioni in un gruppo che dovrebbe aver già raggiunto un certo grado di appartenenza e quindi di fiducia, che genera apertura.

SESTO E ULTIMO INCONTRO

L'ultimo incontro prevede la chiusura delle attività e potrebbe essere strutturato facendo sintesi dei concetti/contenuti affrontati; successivamente ad ogni partecipante verrà consegnato un foglio sul quale verrà chiesto di rispondere a queste brevi domande:

- *Cosa mi porto a casa da questa esperienza di gruppo?*
- *Il gruppo ha risposto alle tue aspettative?*
- *Rifaresti lo stesso percorso/ ri-parteciperesti al gruppo? Se sì perché? Se no perché?*

Terminata la stesura delle risposte, ad ogni partecipante viene riconsegnata la busta chiusa nominale raccolta al primo incontro e chiesto di controllare se quanto espresso al primo incontro trova corrispondenza con quanto dato in risposta alle domande stimolo di questo incontro.

Rispetto a questo il conduttore invita alla condivisione ed eventuali suggerimenti.

2.3.6 Strumento di valutazione

Per valutare l'efficacia del gruppo e dei singoli incontri si è individuato uno strumento di valutazione: il Questionario sul Clima di Gruppo

Il "Questionario sul Clima di Gruppo" è stato elaborato e validato per la realtà italiana dal gruppo di ricerca della dott.ssa Anna Costantini (2002). Questo strumento è parso idoneo a misurare in modo valido e attendibile il coinvolgimento dei partecipanti al clima che s'instaura nel gruppo. Lo strumento consiste in 12 item che possono essere misurati in una scala da 0 a 6 (*0 per niente; 1 molto; 2 in qualche misura; 3 moderatamente; 4 abbastanza; 5 molto; 6 estremamente;*) e contiene 3 aree: **Coinvolgimento**: indicatore di coesione, di fiducia, di appartenenza di confronto. **Conflitto**: indicatore di conflitto interpersonale, di rifiuto, di sfiducia, di tensione. **Evitamento**: indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso degli incontri (Allegato 2).

Questo questionario verrà somministrato al termine di ogni incontro così da permettere al conduttore di avere il grado di partecipazione e di evoluzione del clima del gruppo ed eventualmente di agire di conseguenza. Se i risultati saranno positivi, il facilitatore potrà confermare e riproporre l'articolazione degli incontri con gli strumenti e le sue metodologie proposte altrimenti il tutto dovrà essere ricalibrato anche con il confronto dei partecipanti e delle aspettative degli stessi.

Oltre alla valutazione “a breve termine”, ossia dopo ogni singolo incontro, può essere prevista una valutazione nel lungo periodo per rilevare se il gruppo abbia avuto un impatto nella persona nel tempo.

Questo potrebbe essere assolto dall’infermiere/conduttore del gruppo che risulta essere anche operativo nel servizio di dialisi peritoneale e ha la possibilità di monitorare i pazienti grazie ai periodici incontri legati agli accessi al servizio stesso per i follow up clinici previsti. I possibili “criteri di risultato” possono essere ricercati:

- Programmazione colloquio/intervista, con i pazienti che hanno partecipato al gruppo, all’interiorizzazione di modalità di approccio “nuove” rispetto allo stato e vissuto di malattia
- Considerazione dei valori dati dagli esami ematochimici (ma anche della riduzione di eventuali complicanze) previsti dai follow up, collegabili a un giusto approccio gestionale della dialisi come anche della dieta prevista.

L’ipotesi di tale valutazione del tutto indicativa, può essere prevista dopo 3-5 mesi dalla conclusione dell’attività di gruppo.

2.3.7 Limiti della proposta

La proposta di questo elaborato trova come limite l’assenza della sperimentazione in termini sia di impatto che di risultati; la sua progettazione comunque trova condivisione sia tra gli infermieri esperti del contesto che con il personale medico a cui si riferisce, i quali, hanno confermato l’utilità dello stesso.

Alcuni limiti ipotizzati nell’applicabilità del progetto sulla realtà si riferiscono a una possibile necessità di formazione degli infermieri potenziali facilitatori per la conduzione del gruppo che può comunque trovare risposta nelle risorse umane presenti all’interno dell’azienda (si veda presenza di esperti sul tema affrontato) che potrebbero risultare di supporto e di consulenza per la conduzione dei gruppi stessi.

CONCLUSIONI

Da quanto emerge dall'argomento trattato, vivere e gestire una malattia cronica comporta diversi cambiamenti nello stile di vita. Lo sconvolgimento dovuto alla notizia della presenza di una patologia cronica, porta il paziente a provare diverse tipologie di emozioni/sensazioni: può andare incontro ad una situazione di impasse, oppure provare un "corollario" di emozioni che vanno dalla rabbia all'apatia, alla depressione o demotivazione. Tutto questo "vissuto emotivo" crea nel paziente una difficoltà, o addirittura nei casi più gravi a non riuscire più, a svolgere quelle che un tempo erano semplici attività di vita quotidiana. Il paziente in dialisi peritoneale, percepisce tutto questo in maniera più amplificata, in quanto

la sua vita è costantemente dipendente da qualcos'altro: la sua sopravvivenza è legata ad un processo derivante da qualcosa di esterno da lui. Dalla letteratura è emerso che un possibile aiuto per far fronte a queste difficoltà emotive, che a loro volta si ripercuotono direttamente anche sull' autogestione del trattamento dialitico, può essere dato dal supporto fornito dai Gruppi d'incontro.

A fronte dell'esperienza dello scrivente all'interno del Servizio di Dialisi Peritoneale, si è potuto confrontarsi con i pazienti coinvolti con la malattia e il suo trattamento e dalle loro verbalizzazioni sono emersi i sentimenti che la letteratura conferma; da ciò si auspica che l'elaborazione della proposta all'interno di questo elaborato permetta ai pazienti dializzati di superare i limiti che la situazione di patologia impone.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner S. *Infermieristica medico-chirurgica, volume 1, da pag.170 a 172*. Quarta Edizione ed. ; 2010.
2. Brunner S. *Infermieristica medico-chirurgica, volume 1, da pag.172 a 174*. Quarta Edizione ed. ; 2010.
3. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-2475.
4. Thomas-Hawkins C, Zazworsky D. Self-management of chronic kidney disease. *Am J Nurs*. 2005;105(10):40-49.
5. Lorig KRH, Halsted R. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1.
6. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006;54(5):278-286.
7. Curtin RB, Mapes D, Schatell D, Burrows-Hudson S. Self-management in patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrol Nurs J*. 2005;32(4):389-395 7p.
8. Costantini L, Beanlands H, Horsburgh ME. Development of the self-care for adults on dialysis tool (SCAD). *CANNT J*. 2011;21(2):38-43 6p.

9. Curtin RB, Mapes DL. Health care management strategies of long-term dialysis survivors...including commentary by thomas-hawkins C with author response. *Nephrol Nurs J*. 2001;28(4):385-394 10p.
10. Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient?staff encounter: The patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2012;21(5-6):897-904.
11. Beanlands H, Horsburgh ME, Fox S, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2005;32(6):621-631 11p.
12. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, et al. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(2):136-144.
13. Abramowitz S, Flattery D, Franses K, Berry L. Linking a motivational interviewing curriculum to the chronic care model. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(4):620-626.
14. Martino S. Motivational interviewing to engage patients in chronic kidney disease management. *Blood Purif*. 2011;31(1-3):77-81.
15. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993;36(4):439-446.
16. Devins GM, Mendelssohn DC, Barré PE, Binik YM. Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*. 2003;42(4):693-703.

17. Devins GM, Mendelssohn DC, Barré PE, Taub K, Binik YM. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: A 20-year follow-up. *American Journal of Kidney Diseases*. 2005;46(6):1088-1098.
18. Chen S, Tsai Y, Sun C, Wu I, Lee C, Wu M. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011;26(11):3560-3566.
19. Wu I, Wang S, Hsu K, et al. Multidisciplinary predialysis education decreases the incidence of dialysis and reduces mortality—a controlled cohort study based on the NKF/DOQI guidelines. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2009;24(11):3426-3433.
20. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, da pag. 7 a pag.15*. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
21. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, da pag.15 a pag.34*. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
22. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, da pag.46 a pag.66*. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
23. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, pag.298*. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
24. Consuelo C. *I porcospini di schopenhauer, da pag. 21 a pag.22*. Settima Edizione ed. FrancoAngeli; 2003.

25. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, pag.299. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
26. Irvin D, Yalom. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, pag.310 a pag.312. Quarta Edizione ed. Bollati Boringhieri; 1997.
27. Consuelo C. *I porcospini di schopenhauer*, da pag.30 a pag.32. Settima Edizione ed. FrancoAngeli; 2003.
29. Mucchielli, Folgheraiter FP. *Apprendere il counseling. esercizi introduttivi di roger*. A.Edizioni ed. ; Centro studi Erickson, 2006.
31. Trabucco G, Magagnotti M. *Emodialisi e bisogni psicologici: Un modello integrato di risposta assistenziale*, da pag. 16 pag.22. Edises ed. ; 1995.

SITOGRAFIA

28. La terapia di gruppo | benessere.com.
http://www.benessere.com/psicologia/arg00/terapia_gruppo.htm. Accessed 20/08/2015 h.18, 2015.
30. La relazione di aiuto - associazione OLOS.
<http://www.associazioneolos.com/articoli/relazione-di-aiuto-rogers/>. Accessed 18/08/2015 h.15, 2015.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

ELENCO DI PAROLE DI SENTIMENTO

Tratto da Carkhuff R. ne "L'arte di aiutare", edizione Erikson, Trento, 1993

Felice

Affettuoso, allegro, appagato, calmo, caloroso, compiaciuto, contento, cordiale, divertito, eccitato, entusiasta, estasiato, euforico, energico, fiducioso, fortunato, impaziente, in forma, lieto, orgoglioso, ottimista, pago, pazzo di gioia, pieno di energia, riconoscente, rilassato, rinvigorito, riposato, soddisfatto, sollevato, su di giri, vivace, vivo.

Triste

A disagio, addolorato, afflitto, amareggiato, avvilito, deluso, depresso, disperato, dispiaciuto, distrutto, disturbato, ferito, giù, imbarazzato, infelice, insoddisfatto, malinconico, rifiutato, perduto, perso, sconvolto, sgomento, solo, turbato.

Confuso

Agitato, annebbiato, assente, debole, disorientato, disordinato, disorganizzato, disturbato, folle, frustrato, goffo, imbarazzato, impacciato, impaziente, in trappola, incerto, incoerente, indeciso, infastidito, intontito, ottenebrato, paralizzato, perplesso, perso, preso dal panico, scioccato, sconcertato, sconnesso, scosso, sgomento, sorpreso, sottosopra, stordito, tramortito, turbato.

Spaventato

A disagio, ansioso, cauto, con i nervi a fior di pelle, esitante, impaurito, in pena, indeciso, inorridito, insicuro, intimidito, irrequieto, minacciato, nervoso, pauroso, preoccupato, preso dal panico, scosso, sgomento, solo, teso, terrorizzato, timido, timoroso, vile.

Debole

Bloccato, demoralizzato, disorganizzato, distratto, esaurito, esausto, fiacco, fragile, frustrato, gracile, in colpa, imbarazzato, impotente, inadeguato, incapace, indifeso, indisposto, inefficace, influenzabile, inutile, insicuro, instabile, leggero, logorato, malato, molle, oppresso, orribile, perso, piccolo, schivo, scoraggiato, scosso, senza vita, silenzioso, sommerso, stanco, stressato, stufo, stupido, timido, vergognoso, vulnerabile, vuoto.

Forte

Attivo, aggressivo, aitante, animoso, aperto, atletico, attivo, baldanzoso, capace, cattivo, certo, coraggioso, deciso, determinato, duro, efficace, energico, felice, fiducioso, forzuto, impaziente, intenso, intraprendente, poderoso, positivo, potente, prestante, risoluto, sano, sicuro, solido, sveglia, veloce, vigile, vigoroso, vitale, vivace, vivo.

ALLEGATO 2

QUESTIONARIO SUL CLIMA DI GRUPPO

Data: _____

Legga con attenzione ogni affermazione e cerchi di pensare al gruppo nel suo insieme. Utilizzando la scala di valutazione come guida, per ogni affermazione, segni il punteggio che descrive meglio il gruppo durante la seduta di oggi. Scegliere solo UNA risposta per ogni affermazione.

Scala di valutazione:

- 0 = per niente
- 1 = molto poco
- 2 = in qualche misura
- 3 = moderatamente
- 4 = abbastanza
- 5 = molto
- 6 = estremamente

Affermazioni:

1	I partecipanti si sono piaciuti e si sono presi cura l'uno dell'altro	0	1	2	3	4	5	6
2	I partecipanti hanno cercato di capire il perché delle loro azioni e di regionarci sopra	0	1	2	3	4	5	6
3	I partecipanti hanno evitato di esaminare questioni importanti che stavano accadendo tra di loro	0	1	2	3	4	5	6
4	I partecipanti hanno sentito che quello che stava accadendo era importante e che c'era un senso di partecipazione	0	1	2	3	4	5	6
5	I partecipanti dipendevano dai conduttori per la direzione del gruppo	0	1	2	3	4	5	6
6	Tra i partecipanti c'è stato attrito e rabbia	0	1	2	3	4	5	6
7	I partecipanti erano distanti e ritirati emotivamente l'uno dall'altro	0	1	2	3	4	5	6
8	I partecipanti si sono fidati e confrontati reciprocamente nello sforzo di tirar fuori le cose	0	1	2	3	4	5	6
9	I partecipanti si sono comportati nel modo che pensavano sarebbe stato accettabile dal gruppo	0	1	2	3	4	5	6
10	I partecipanti hanno mostrato rifiuto e sfiducia l'uno dell'altro	0	1	2	3	4	5	6
11	I partecipanti hanno rivelato informazioni personali delicate o sentimenti intimi	0	1	2	3	4	5	6
12	I partecipanti sono apparsi tesi e ansiosi	0	1	2	3	4	5	6