

“La fragilità della famiglia e nella famiglia”

Formazione Permanente del Clero – Diocesi di Vicenza

Lunedì, 9 Marzo 2015

Convinto che *la fragilità* della e nella famiglia si dovesse coniugare al plurale, non mi azzardo nemmeno ad elencare e ad approfondire *le molteplici fragilità* all'interno del mondo familiare ma, come sacerdote Camilliano, che ogni giorno fa visita ai malati ospedalizzati, ne voglio sottolineare una sola che è quella del dolore e della malattia, paradigma delle tante fragilità che i componenti di molte famiglie oggi sono chiamati a vivere.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

La famiglia come ben sappiamo, e magari molti di noi stanno anche sperimentando, si scontra inevitabilmente col la realtà del dolore, della malattia: dalle sofferenze più grandi come quella della perdita, del fallimento, di una malattia terminale o cronica e del lutto, a quelle minori, come ad es. uno scacco, un problema economico, un'uscita di casa, un conflitto di coppia, la disobbedienza di un figlio, ecc.....! Va da sé che non vorremmo nelle nostre case questo ospite indesiderato, che è **il dolore**, ma non siamo così potenti da impedire a noi stessi e alle persone che amiamo di soffrire. Quindi il problema, allora, non è tanto quello di risolverlo ma di **dare significato** al dolore, di **dargli un senso...!**

LA MALATTIA DI UNA PERSONA

La **MALATTIA** è un'esperienza che **interrompe** l'abituale ritmo di vita, **mette in crisi** i rapporti con il **proprio corpo**, con **se stessi** e con **il mondo** in cui si vive. E' una **SITUAZIONE** che, specialmente se perdura nel tempo, **modifica** o **fa perdere posizioni** professionali e familiari ritenute ormai sicure. Pone **DOMANDE FORTI** sulla propria vita: **il passato** viene riletto, **il presente** è vissuto con angoscia, **il futuro** improvvisamente si chiude.

PERCHE'?

Lungo le **corsie degli ospedali**, nei **centri di riabilitazione**, come all'interno delle **PARETI DOMESTICHE** visitate o abitate dal dolore, **riecheggiano costanti gli interrogativi**:

«Perché proprio a me?»

«Perché proprio questa malattia?»

«Perché proprio ora?»

RISPOSTE ALLA MALATTIA

Domande queste talmente grandi e complicate da non avere una risposta...anche se la **RISPOSTA DEL MALATO** è, però, sempre “**personale**”. Anche di fronte alla **stessa malattia il comportamento** delle persone non è mai uguale. C’è chi non sembra preoccupato per la sua malattia, ne parla con **calma e distacco**. Un altro può essere **molto ansioso**, non riesce a dormire e **chiede continuamente informazioni** al primo che passa, *internet* compreso. Un terzo **la prende in maniera pesante**, si sente **aggredito** e **si arrabbia** con tutti. Un quarto è **triste, preoccupato e depresso**.

LA MALATTIA COINVOLGE

Quello che appare chiaro, però...è che la malattia di una persona... , il successivo percorso drammatico costituito da interventi medici, la possibile ripresa dell’infermità... coinvolge non solo la persona ma anche l’intera sua famiglia.

LA MALATTIA INVESTE

Al pari del soggetto colpito dal male, infatti, **tutto il nucleo familiare viene investito in maniera massiccia dagli eventi legati alla malattia**, con ripercussioni notevoli sulle relazioni tra i suoi membri e, in generale, sull’equilibrio della struttura familiare. **La famiglia funziona in maniera unitaria** come un organismo dotato di un proprio equilibrio e di una propria capacità di riequilibrarsi continuamente.

LA MALATTIA CAMBIA

Quando la malattia si cronicizza o entra nella fase terminale, avvengono nella famiglia una **serie di cambiamenti** legati:

- alla perdita del ruolo indipendente del paziente,
- al cambio di responsabilità all’interno del gruppo familiare,
- al concentrarsi delle energie psicologiche e di tempo sulla nuova realtà,
- alle relazioni spesso difficili e conflittuali con le strutture sanitarie e con gli operatori che vi operano,
- alle modificazioni di ritmi di vita e di lavoro,
- alle possibili difficoltà economiche...

STRUTTURA DELLA FAMIGLIA

Se **l’incidenza della malattia sulla famiglia** è sempre stata avvertita, essa lo è ancora di più oggi...in questo frangente storico a causa dell’evoluzione della struttura familiare, dovuta a **cambiamenti culturali e sociali**, come:

- **la diminuzione** delle dimensioni dei nuclei familiari e delle reti di parentela,
- **il decremento** delle nascite,

- l'aumento della popolazione anziana,
- il ritardo dell'acquisizione della dimensione genitoriale.

Non si trovano più famiglie tradizionali estese **ma quelle moderne ristrette**, create tramite matrimonio o convivenza, con pochi componenti e nuove tipologie:

- **Nucleare**: formata da una sola unità coniugale;
- **Estesa**: formata da una o più unità coniugali, da altri parenti conviventi di più di una generazione e spesso anche da persone non consanguinee;
- **Monoparentale**: costituita da un genitore e un figlio;
- **Uni/Mono-personale**: nucleo formato da una persona che vive da sola;
- **Di fatto**: formata da due persone (di solito, ma non sempre) di sesso diverso che vivono come sposi ma senza essere unite dal matrimonio;
- **Ricomposta**: nucleo formato da un uomo ed una donna, i figli dei loro precedenti matrimoni e figli derivanti dalla loro unione.

ACCOMPAGNARE IL MALATO E LA FAMIGLIA

Queste semplici considerazioni di apertura sono sufficienti a renderci consapevoli che **il nostro accompagnamento non deve limitarsi al malato, ma anche i familiari hanno bisogno di sostegno per vivere, senza smarriti, il peso imposto dalla malattia di un loro coniunto**. Un accompagnamento premuroso che può aiutarli a scoprire, nella dolorosa stagione della sofferenza, preziosi valori umani e spirituali.

FAMIGLIA E DOLORE: STRETTO LEGAME

Focalizziamo la nostra attenzione su **alcune situazioni paradigmatiche**, dalle quali emerge fortemente **il legame tra famiglia e il dolore e la sofferenza**. Esse consentono di evidenziare alcuni **aspetti fondamentali di tale legame**, senza la pretesa di essere esaustive, né di abbracciare l'intero spazio di parole, simboli e gesti nei quali si declina la relazione umana tra la persona ammalata e la sua famiglia (operatori sanitari e volontari)....:

1. La malattia oncologica

La diagnosi di cancro rappresenta un evento drammatico non solo per l'ammalato, ma anche per la sua famiglia, che spesso attraversa psicologicamente le stesse fasi vissute da lui (**shock, negazione, disperazione, collera, rielaborazione, accettazione**). **La difficoltà nella comunicazione con il malato** è uno degli aspetti che più negativamente incide sul nucleo familiare, che invece ha bisogno di un punto di riferimento preciso, competente e disponibile che lo affianchi e lo sostenga nel rispetto delle sue specifiche dinamiche.

2. La malattia psichica

Oggi sempre di più **all'origine di nuove forme di malessere mentale si riconosce l'incidenza negativa della crisi dei valori morali, e anche la solitudine, causa scatenante di disagio o di aggravamento delle patologie.** In molti casi le **possibilità farmacologiche e terapeutiche sono limitate, ma non dovranno mai venir meno le opportunità della relazione: una relazionalità aperta e non rigida,** potrà già essere segno sanante per il malato e per il suo contesto familiare. **Creare un ambiente sereno intorno all'ammalato, evitare che le relazioni familiari influiscano negativamente sulla sua psiche, incoraggiarlo dandogli fiducia in situazioni controllate...** :sono **interventi** che vanno presi in considerazione e sono **efficaci** anche in chiave riabilitativa.

3. La disabilità

Le famiglie che si prendono cura di persone disabili affrontano continuamente momenti faticosi. Oggi **le disabilità degli anziani, ad es..., sono in continuo aumento,** sono aggravate dalla **solitudine** della vedovanza e **dalla distanza** dei figli che lavorano e costituiscono una delle nuove povertà più emblematiche. **Aiutare una famiglia** che vive l'esperienza della disabilità significa anche **educare alla prevenzione**, evitando di accentuare le parole di compassione e le scelte che incoraggiano atteggiamenti di dipendenza. **La ricchezza di umanità e i legami di solidarietà** presenti in tante famiglie con disabili e intorno ad esse, costituiscono un **vero capitale sociale.**

4. “Il dopo di noi”

Il cosiddetto **“dopo di noi”** diventa un'emergenza in famiglie con persone disabili, quando le figure genitoriali iniziano ad invecchiare. Questo problema **non va affrontato in solitudine, ma richiede la partecipazione della comunità cristiana** e di quella civile perché i disabili hanno diritto ad una vita dignitosa non solo mentre sono tutelati dai genitori. È sempre più **necessaria una progettualità** che porti questo settore della cura a un buon livello di organizzazione. Il **“dopo di noi” si deve preparare nel “durante noi”**, con il contributo di tutti, per dare ai genitori la serenità di sapere che i loro figli disabili saranno affidati a chi se ne prende cura con rispetto ed amore.

5. La morte e il lutto

Il tempo della morte e del lutto è legato sempre alla considerazione personale di vissuti affettivi e di questioni irrisolte che aggravano la già difficile situazione emotiva. **Imparare ad accettare la realtà della morte** è il primo passo per un autentico cammino spirituale e pedagogico, che insegni ad amare e gustare la vita e a prendere sul serio le proprie scelte e le proprie responsabilità. Educarsi a:

- * **vivere la transitorietà delle cose,**
- * **la fragilità del corpo e**

* **la realtà dei nostri e altri limiti.** In questo senso il lutto, anziché un tempo di disperazione che porta le famiglie a rifugiarsi in surrogati sociali o pseudo-religiosi, può rivelarsi un tempo propizio, con possibilità di crescita umana e spirituale.

GLI ATTEGGIAMENTI DI REAZIONE DELLA FAMIGLIA

Abbiamo affermato che la malattia di un coniunto ha profonde ripercussioni sulla famiglia: **anch'essa è malata**, anch'essa richiede un aiuto, anch'essa può esprimere la sua reazione alla malattia con molteplici **atteggiamenti**, che evidentemente dipendono:

- da chi è il membro familiare sofferente
- dalla gravità della malattia
- dalla lunghezza della malattia
- dal grado di sofferenza fisica che essa comporta, ecc.....

In linea di massima possiamo così avere i seguenti atteggiamenti:

- a. **la famiglia cerca di vivere in modo positivo la malattia** e collabora con gli operatori sanitari o volontari, nella cura del coniunto;
- b. **la famiglia è stanca dello stress psico-fisico dell'assistenza:** il protrarsi dei tempi della degenza ospedaliera o dell'assistenza a casa possono determinare una stanchezza psicofisica, stanchezza che agli occhi di un osservatore esterno può apparire come l'inizio di un sentimento di indifferenza;
- c. **la famiglia è latitante:** in particolare nella degenza di una persona con una malattia a probabile esito infausto, non è raro constatare come le visite dei coniunti si diradano nel tempo e l'impegno del lavoro e dei figli può diventare la motivazione dell'impossibilità da parte dei coniunti di dedicare loro tempo;
- d. **la famiglia non riesce ad accettare la malattia:** un atteggiamento di immaturità che può danneggiare addirittura l'attività terapeutica e assistenziale rivolta al coniunto;
- e. **a famiglia delega all'operatore sanitario o volontario il peso dell'assistenza,** fino a costituirlo il solo interlocutore del coniunto malato, oppure cerca di coinvolgerlo nelle dinamiche familiari, richiedendo di "parteggiare" per qualcuno della famiglia;
- f. **la famiglia non è in grado di assistere il malato,** per cause obiettive di tempo e disponibilità dei coniunti, per l'anzianità dell'altro coniuge, ecc...

Anche **nei confronti dell'istituzione di cura**, il rapporto malattia-famiglia è un rapporto con molteplici aspetti. Può accadere che certe volte sia proprio **l'ospedalizzazione**, cioè la sottrazione del paziente alla sua famiglia, il fattore di correzione di una situazione di disadattamento.

Altre volte la famiglia diventa quasi un “nemico” contro il quale gli operatori sembrano dover lottare nell’interesse del malato. Pensiamo a richieste di dimissioni procrastinate, ricoveri di anziani, ecc...tutte situazioni che a volte non hanno motivazioni obiettive.

Altre volte, ancora, **non è la malattia ma la guarigione che mette in crisi la famiglia**: pensiamo alle guarigioni che comportano comunque una grave disabilità e alla conseguente perdita di ruolo che questa comporta: quel padre o quella madre che prima sostenevano, mantenevano ed assistevano, ora devono essere sostenuti, assistiti, mantenuti. **Tutto ciò ci ri-conferma che un corretto obiettivo assistenziale e terapeutico deve comprendere anche il nucleo familiare.**

LE RISORSE DELLA FAMIGLIA

Ogni situazione di malattia comporta le sue **sfide e difficoltà**, le sue fasi di incertezza e speranza, e costringe i componenti della famiglia a scegliere il modo di adattarsi all’evento stressante. La malattia va affrontata apertamente, **mobilitando le risorse** del singolo e del sistema familiare. Ogni singolo membro possiede risorse, caratteristiche e valori personali da mettere a disposizione del nucleo, e l’intero nucleo attinge alle sue risorse per dare una risposta costruttiva alla crisi. Molte di queste **risorse** appartengono alla tradizione di numerose famiglie e sono:

- a. Il senso di **coesione e solidarietà** familiare;
- b. La **flessibilità e l’adattabilità** dinanzi alle prove della vita;
- c. La **comunicazione aperta** tra i membri e l’apertura alla società;
- d. La **capacità di condividere** ruoli e gestire conflitti;
- e. Il **rispetto** per l’individualità e la promozione della **stima reciproca**

Le famiglie che si ispirano a questi valori, sviluppano nell’avversità, capacità, a volte insospettabili, di dinamismo, tenacia e sostegno reciproco. Al contrario, **le famiglie caratterizzate dalla distanza interpersonale**, dalla rigidità dei ruoli, dalla mancanza di rispetto e sostegno per i singoli, dalla carenza affettiva, si trovano ad affrontare l’impatto con la malattia in un contesto altamente drammatico, che è spesso alle origini dell’insorgere del male stesso.

CIO’ CHE NON AIUTA LA FAMIGLIA:

- 1. Le **comparse sporadiche o in punto di morte**,
- 2. L’eccessiva **preoccupazione sacramentale**, basata spesso sulla routine e sul ritualismo,
- 3. Il **paternalismo** che si manifesta nelle **facili rassicurazioni, prediche e ricette varie** dinanzi al dolore,
- 4. Gli **atteggiamenti moralistici o colpevolizzanti**.

5. Il bisogno di **trincerarsi dietro un ruolo**, sacrificando la propria **autenticità** e il **rapporto umano**.
6. La tendenza a **focalizzare l'attenzione sul malato, trascurando la famiglia...**
7. La **difficoltà ad ascoltare** e a **porsi in sintonia** con i **bisogni** del malato e dei familiari (**empatia**).
8. La **perdita di opportunità pastorali** (es. **non pregare** nel momento in cui il malato o la famiglia chiedono la preghiera, o una **spiegazione**, o un **confronto**).
9. Il **disagio** nel saper vivere serenamente *i silenzi* o nell'usare la relazione **NON verbale**,
10. La **frettolosità, la superficialità e l'incapacità di personalizzare il dialogo**,

CIO' CHE AIUTA LA FAMIGLIA:

1. ACCOGLIERE LA FAMIGLIA

Curare il malato **disattendendo la famiglia** sarebbe come cercare di **sanare una pianta trascurando le radici**.

2. CONOSCERE

L'azione si basa **sull'incontro umano**. **Ogni famiglia** ha una **sua storia**, eventi significativi che l'hanno segnata e diversi modi di gestire il potere e l'intimità. Il **dialogo** aiuta a cogliere questi risvolti.

3. CONFORTARE

Si può **sostenere, rassicurare e mobilitare** le **risorse** del nucleo familiare a **beneficio del malato e della famiglia stessa**.

4. DARE SPERANZA

La **Speranza** è uno **strumento di cura**. È anche **questione di sguardi**.

5. ASCOLTARE

Talvolta, la **priorità** non è tanto quella di **visitare** il malato quanto di **ascoltare** il **travaglio interiore** e la **ribellione, la solitudine e il senso di ricerca** dei suoi cari. Il **miglior modo di aiutare il malato** consiste, spesso, **nell'aiutare i suoi cari**.

6. INFORMARE

Quando è opportuno, si possono **dare adeguate informazioni** alla famiglia, **fare da ponte** (servizi sociali...) o **segnalare risorse** che aiutano a far fronte a momenti difficili

7. EVANGELIZZARE

Il ventaglio di **spazi pastorali** include: la **promozione della salute interiore** delle persone; **l'aiuto spirituale nel guidare a scoprire risposte costruttive** dinanzi al dolore; **la sensibilità nel prepararle alla morte**, alla **luce della speranza cristiana**.

8. ACCOMPAGNARE

Il vero e adeguato operatore pastorale non è colui che cerca solo di risolverei problemi del prossimo, ma **chi si fa sempre compagno nel cammino**.

9. FAVORIRE LA RICONCILIAZIONE

L'impatto con la sofferenza può scatenare la ribellione, ma **favorisce anche un incontro più profondo** con se stessi e gli altri. **L'operatore pastorale** ha l'opportunità di contribuire alla riconciliazione della famiglia con il proprio caro malato, di aiutarli a riconciliarsi e ad accettare la malattia e la morte, di rappacificarsi con Dio.

10. OFFRIRE IL CONFORTO RELIGIOSO

In molte situazioni **l'apporto dell'operatore nei confronti dei familiari e del malato** è di natura specificatamente religiosa e riguarda **l'offerta della preghiera, Il dono della Parola di Dio, e la proposta dei sacramenti**.

CONCRETEZZA PASTORALE...

Al termine di queste considerazioni riguardo la famiglia e il suo rapportarsi con la realtà della malattia, sembra opportuno suggerire alcune priorità pastorali all'attenzione delle comunità cristiane e di quanti a vario titolo lavorano nel mondo della sanità e della pastorale sanitaria. Lungi dall'essere esaustive, esse vogliono rappresentare una base per ulteriori approfondimenti, nella consapevolezza che è compito e responsabilità di ogni cristiano declinare il Vangelo nell'umano. Esse costituiscano uno stimolo per tutti, affinché le comunità cristiane, possano tradurre l'attenzione al malato e alla famiglia in scelte concrete di testimonianza e di servizio.

1. Intensificare la presenza della comunità parrocchiale

... attraverso **la visita** sia a domicilio che nelle strutture ospedaliere...che diventa sorgente di fraternità e di gioia...facendosi carico in maniera efficace delle sofferenze dei malati e dei loro familiari, **identificandone i bisogni** più immediati...

2. Mettere più al centro il malato

Questo comporta il passaggio da una concezione che vede il malato come **oggetto di cura**, ad una nuova concezione che vede il malato, invece, come **soggetto di evangelizzazione** e testimonianza nella Chiesa, ritenendolo capace di un apporto specifico e importante alla salvezza del mondo.

3. Organizzare un servizio di MSE

... che vuol dire promuovere e valorizzare il segno di una comunità che si fa **vicina al malato, e alla sua famiglia, anche dal punto di vista spirituale**, e lo ha presente nel cuore della celebrazione eucaristica, come membro vivo del corpo di Cristo.

4. Promuovere il volontariato socio-sanitario

... che contribuisca efficacemente **all'assistenza del malato** e della sua famiglia. Un volontariato che va promosso sostenuto e...**FORMATO!!** Un volontariato che contribuisca nelle nostre comunità a **promuovere una cultura basata sui valori della solidarietà e della fraternità**.

5. Insistere sulla FORMAZIONE

...di tutti coloro che prestano il loro servizio accanto ai malati! **Una FORMAZIONE**

che renda idonei a svolgere il proprio servizio con amore ... e competenza!

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Per concludere torno all'inizio quando vi dicevo che il dolore non va risolto come un problema
Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2014, pp. 54/55).

Padre Adriano Moro, camilliano

BIBLIOGRAFIAMINIMA

BALDASSARRE G., , *La famiglia nella realtà della malattia e luogo di cura e di speranza*, in "Credere", Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (MI), 2008;

BRUSCO A., *Attraversare il guado insieme. Accompagnamento psico-pastorale del malato*, Il Segno dei Gabrielli Editori, Verona 2007, pp. 34-38;

CEI, *La famiglia nella realtà della malattia*, sussidio XVI GMM, Ed. Camilliane, Torino 2008;

CROZZOLI AITE L., , *L'impatto della terminalità sulla famiglia*, in N. Ferrari (ed.), *Ad occhi aperti. La relazione di aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita*, Libreria Cortina, Verona 2005;

UFFICIO PASTORALE DELLA SALUTE DIOCESI DI ROMA, *La malattia e la sofferenza nella famiglia*, Roma 2005;

MONFORMOSO P., *Famiglia e sofferenza: il counselling familiare centrato sul senso*, in AUS, 1998, pp. 270-278;

ZATTONI M. - GILLINI G., *La famiglia nel dolore. Dal Libro di Giobbe*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2014.

