

L'intervento psicologico in Ospedale

Renzo Carli*

Abstract

Viene approfondito quanto l'Autore afferma da tempo: la centralità per la medicina e il sapere medico, soprattutto entro la Evidence-based medicine, della separazione tra fatti e vissuti. La soggettività del malato, il vissuto di malattia, non essendo di pertinenza della scienza medica. Resta perciò aperto il problema del destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei pazienti e dei familiari e la funzione che può assumere l'intervento psicologico clinico entro le strutture ospedaliere. Viene proposta una strategia di intervento psicologico clinico volta ad affiancare la competenza medica del "curare" alla competenza psicologica del "prendersi cura", strategia fondata sul superamento del setting psicoterapeutico fondato sulla sospensione dell'azione organizzativa.

Parole chiave: Ospedale; intervento psicologico clinico; setting; cura; vissuto di malattia.

Premessa

Per la terza volta, in pochi anni, ci occupiamo del ruolo e della funzione dello psicologo in ospedale, o più in generale entro le strutture sanitarie¹.

Con questo seminario s'intendono proporre e discutere le differenti modalità d'intervento psicologico entro le strutture sanitarie ospedaliere, evidenziando alcuni aspetti innovativi emersi dall'esperienza fatta dagli allievi della Scuola di Specializzazione di SPS.

Inizio con una lunga e, a mio modo di vedere, interessante citazione di Franco Fornari che, nel 1976, propone i due modelli del curare e del prendersi cura (modello fallocentrico e modello onfalocentrico) presenti entro le istituzioni sanitarie. In questa citazione, peraltro, Fornari non attribuisce i due modelli come specifici del personale sanitario, riferiti l'uno alla figura del medico e l'altro a quella dell'infermiere, come aveva fatto in altri lavori precedenti. Qui Fornari propone una diversa distinzione tra i due modelli, sulla base dell'identificazione della malattia con il soggetto malato, propria della medicina prescientifica, o sulla base della distinzione del male, quale oggetto estraneo al corpo del malato, propria della medicina scientifica. Afferma, di conseguenza, che il solo intervenire sul male – altro, da parte delle istituzioni sanitarie, comporta l'ignorare le angosce persecutorie e depressive che si attivano nel malato per il fatto di viverci e proporsi entro il contesto come "bisogno di cure", inetto e quindi assimilabile al bambino, dipendente dalle cure materne.

Ma vediamo cosa dice Fornari al proposito.

Si avanza qui la tesi che il rapporto medico, come istituzione sociale, si innesta sul ruolo della madre che "ha cura del" bambino. Nella lingua italiana esiste una relazione tra l'"aver cura di" qualcuno e il "curare" qualcuno. Nel senso di "curare" abbiamo un verbo transitivo, attraverso il quale l'azione si trasferisce dal soggetto all'oggetto. Nel caso di "aver cura di" abbiamo invece un costrutto nel quale la "cura" diventa complemento oggetto di "avere", ma il rapporto tra il verbo "aver cura di" e ciò a cui il verbo si riferisce è intransitivo. Ciò in accordo con il fatto che in latino "cura" ha il significato di "pena, affanno, sollecitudine". La madre libera il bambino dal male, cioè cura il bambino avendo pena e sollecitudine per lui, condividendone cioè il male.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia¹ dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Ricordiamo i due seminari SPS sul tema; il primo, dal titolo *Il tirocinio in Ospedale*, è stato pubblicato sul n. 1/2012 della *Rivista di Psicologia Clinica*, alle pagine 3 – 90 e riporta vari contributi, tra i quali il report della ricerca sul rischio psicosociale entro l'Ospedale San Filippo Neri di Roma; il secondo, dal titolo *Psicologia Clinica e Ospedale* è stato pubblicato sul n. 1/2013 di *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, alle pagine 55 – 79 e riporta vari contributi sull'esperienza di ricerca della funzione psicologica in ospedale.

Nel costituirsi della situazione terapeutica in senso medico abbiamo il passaggio dal rapporto materno, in cui il bene e il male sono vissuti in una intersoggettività espressa dall' "aver cura di", a un rapporto in cui il male diventa malattia che il medico cura transitivamente.

La malattia si costituisce allora come qualcosa che è scisso dal rapporto intersoggettivo, qualcosa che diventa "altro", rispetto al soggetto che ne è il portatore: la malattia in quanto è un' "alterazione" del corpo si costituisce pertanto attraverso un "diventare altro" del corpo.

Il significato di "altro" rimanda qui all' estraneo, straniero, nemico.

In tal modo la costituzione della malattia come *alterazione* e quindi come "altro" che si introduce nel corpo "proprio" indica l' azione di un fantasma: cioè la fantasia di un oggetto cattivo – nemico, un oggetto che è cattivo proprio in quanto è animato dall' intenzione di farmi ammalare, cioè di mettere in me del male.

La costituzione della propria malattia come *alterazione*, e quindi come altro – cattivo nemico, parla dell' intangibilità dell' onnipotenza narcisistica, che non può vivere il male nella propria appartenenza.

Così il rimando all' altro, al nemico, fonda tutta la medicina nello schema amico – nemico per cui la cura, anziché "aver cura di", diventa la lotta – combattimento contro le malattie (lotta contro il cancro, lotta contro la tubercolosi, ecc.).

Anche la concezione demonica della malattia appare come una variante della concezione della malattia come "altro" che diventa oggetto cattivo – nemico, sulla base del principio dell' intangibilità narcisistica del corpo proprio: il demone è infatti una delle rappresentazioni privilegiate dell' altro: il Nemico.

In quanto abitato dall' altro, e quindi dal nemico, il soggetto malato deve essere difeso dal male, così come il proprio territorio deve essere difeso dal nemico. In tal modo il soggetto malato si costituisce non più come bambino di cui aver cura, ma come territorio proprio da difendere da un nemico invasore e usurpatore.

Il *farmacon* perde il suo carattere di elaborazione del male del bambino nella pena e nella sollecitudine materna, che assume su di sé il male del bambino, cessa cioè di essere una modalità relazionale interumana per diventare un' *arma* per lottare contro il male.

Al modello *onfalicentrico* (da *onfalos* = codone ombelicale) che si esprime nell' "aver cura di" di tipo materno, si sostituisce allora il modello *fallocentrico* della lotta contro il male, condotta dal medico – stregone come figura di tipo paterno.

Il modello onfalicentrico di terapia si fonda sul vivere il male dell' altro come se fosse proprio, vissuto cioè in una posizione di appartenenza che dice del sentirsi confusamente responsabili del male che si vuole curare.

Il modello fallocentrico tratta il male proprio come se fosse altro, per cui si lotta contro la malattia come alienità intrusiva e nemica.

[...] [Il soggetto malato,] in quanto malato, si costituisce come un soggetto "bisognoso di cure" e inetto, sul piano delle capacità, allo stesso modo di un piccolo bambino.

Il termine stesso di "clinico", con il riferimento alla posizione sdraiata, rimanda alla condizione del bambino che non ha ancora acquisito le capacità di mantenere la posizione eretta.

L' aspetto più specifico della costituzione del soggetto malato fonda il proprio potere contrattuale, nei riguardi delle istituzioni sanitarie, per il fatto di essere fondamentalmente portatore di bisogni e in particolare sul fatto di essere bisognoso di cure. Mentre, cioè, il soggetto sano fonda il suo potere contrattuale sulla capacità, il soggetto malato ha nel suo essere malato una specie di diritto all' assistenza, allo stesso modo in cui il bambino fonda il diritto alle cure materne proprio sul suo essere portatore di bisogni e incapace di provvedervi da solo.

L' inettitudine e la condizione di bisogno [del soggetto malato] fonda l' istituzione sanitaria nello stesso modo in cui la condizione infantile fonda i ruoli e i meccanismi culturali della famiglia.

[...] il rapporto tra il malato e il medico è un rapporto diretto e non interferito da gerarchie esecutive.

E allo stesso modo in cui il compito specifico dell' istituzione familiare è quello di alleviare il bambino fino al suo diventare adulto come i genitori, così lo scopo delle istituzioni sanitarie è quello di far diventare, il malato, sano come coloro che lo curano.

Il ruolo del malato, come quello del bambino, è cioè un ruolo antinomico, un ruolo che si nega nello stesso tempo in cui si pone, perché il ruolo dipendente del bambino ha come scopo il suo

diventare indipendente, così come il ruolo dipendente del malato ha come scopo il suo diventare sano, cioè non più malato.

Il rapporto di dipendenza del soggetto malato all'interno delle istituzioni sanitarie implica, come per il bambino, un ruolo di dipendenza che è funzionale rispetto al processo di identificazione con l'oggetto di dipendenza: in altri termini, un ruolo di dipendenza che porta all'indipendenza.

[...]

[Per quanto riguarda] i meccanismi culturali delle istituzioni sanitarie, il passaggio dalla medicina magica alla medicina scientifica ha segnato il passaggio da ciò che ho definito modello onfalocentrico al modello definito come fallocentrico.

Nella concezione magica, infatti, benché la malattia sia comprensibile in termini di declinazione dell'altro, si tratta pur sempre di un'*alterazione* che implica l'essere abitati dal nemico per colpa propria, in vista della riparazione. Le offerte votive, i sacrifici, gli strumenti di propiziazione dell'altro, che da nemico viene trasformato in amico, costituiscono la *posizione magico – etica*, che in definitiva si fonda sulla concezione del male come appartenenza all'altro per propria colpa, che fonda la possibilità di guarigione attraverso la riparazione. La declinazione etica del magico, attraverso l'assunzione di colpa in vista della riparazione, ci riporta pertanto al costituirsi della madre come contenitore delle angosce del bambino, trasferita a livello di meccanismo culturale di un'istituzione terapeutica.

Con l'inizio della medicina moderna è sorta la possibilità di elaborare il processo di *alterazione* in termini di oggettività. L'altro, il nemico, esiste in carne ed ossa, diventa il bacillo di Koch, diventa il vibrione colerigeno, ecc.. Nasce pertanto, dopo l'abbandono della posizione magico – etica, tipica del meccanismo salutare prescientifico, una specie di militarizzazione della medicina, dal momento in cui la malattia diventa, come abbiamo visto, un nemico contro cui lottare.

La grande efficacia della medicina scientifica ha portato al trionfo sulla malattia, specie sulle malattie infettive, che meglio si adattavano alla simbolizzazione dell'*alterazione* in termini di nemico come concreto agente morbigeno "altro".

[...]

[Ma per il soggetto malato] l'*alterazione* del corpo proprio non significa il diventare altro del corpo in base all'*alterazione* biologica; ma anche il diventare altro del soggetto, che da soggetto adulto diventa soggetto infantile inetto e bisognoso.

Si tratta, in questo secondo caso, di un'*alterazione* interna al soggetto, che tuttavia può assumere aspetti drammatici di un'intrusione maligna, nella quale l'*alterazione* del corpo proprio e l'attacco da parte di un oggetto cattivo fantasmatico si fondano in un'unica esperienza persecutoria.

La malattia acquista allora il significato di una *mortificazione* (nel senso letterale di *mortem facere*), legata alla mancata soddisfazione del bisogno del malato – bambino che, chi lo cura, si cura di lui: bisogno che, se non è soddisfatto, si trasforma in angoscia persecutoria. E' questa la ragione per la quale le istituzioni sanitarie se, nello stesso tempo in cui curano l'*alterazione* organica, non fronteggiano le angosce persecutorie e depressive che si mobilitano nel soggetto malato – bambino, rischiano di "combattere la malattia" senza "prendersi cura" del malato." (Fornari, 1976, pp. 198 – 201)

Angosce persecutorie e depressive si mobilitano nel soggetto malato – bambino. Si tratta, se seguiamo la proposta di Fornari, di un'osservazione molto interessante. Quando ci si ammala, alla dinamica dell'agente patogeno, che sostiene la malattia, si affianca la dinamica del "vissuto" di malattia, da parte di chi si ammala: un vissuto sostanziato da fantasie persecutorie e da fantasie depressive. Ricordiamo, con Melanie Klein, che le fantasie persecutorie sono dovute a oggetti interni, introiettati e ai quali ci si identifica, che vengono vissuti come ostili, pericolosi, minaccianti; le fantasie depressive, di contro, sono dovute al bisogno di distruggere gli "oggetti" buoni e amorevoli; bisogno che consegue all'orientamento ad impadronirsi degli oggetti stessi, al possederli attraverso l'unica modalità possibile del possedere, data dalla distruzione dell'oggetto (Carli, 2012). La malattia, in quest'ottica, comporta per il soggetto malato il vissuto di oggetti interni persecutori perché fonte del malessere e della conseguente impotenza del malato; ridotto, quest'ultimo, alla condizione di dipendenza da chi lo cura. Al contempo comporta il vissuto di una distruzione possessiva degli oggetti buoni, dai quali si teme di essere trascurati e abbandonati.

Fornari parla di medicina magica e di medicina moderna. Si potrebbe dire che la differenza sta nel rapporto tra fatti e vissuti. La medicina moderna tratta con i "fatti", vale a dire con l'eziologia e la patogenesi quali

discipline che studiano e descrivono gli agenti patogeni quali eventi individuabili e differenziabili tra loro. Per quanto concerne i vissuti, non si tratta di far ricorso alla medicina fondata su concezioni “magiche”. I vissuti dei pazienti che ricorrono al sistema sanitario sono “reali” tanto quanto gli agenti patogeni. La realtà dei vissuti, peraltro, si dispiega su un piano epistemologico diverso da quello dei fatti. Le angosce persecutorie e depressive, per chi le “vive”, per chi si confronta con tali emozioni entro quella dimensione della realtà che chiamiamo “vissuto”, sono reali e problematiche quanto un’alluvione o un incidente d’auto. Il problema non sta tanto nell’appartenenza alla realtà di queste emozioni, quanto negli strumenti che possediamo per affrontarle. Il sistema sanitario, come abbiamo più volte ripetuto nell’affrontare il tema, non è in grado di elaborare la soggettività dei pazienti; in altri termini, non è competente nel facilitare l’elaborazione delle fantasie persecutorie e depressive che il malato vive in conseguenza del suo essere “malato”, quindi del suo divenire “altro” in base alla dipendenza che la malattia comporta. La malattia, e questa è un’affermazione di Fornari sulla quale il sistema sanitario e gli stessi psicologi non hanno riflettuto abbastanza, non è solo un’alterazione del corpo ma anche un’alterazione dell’immagine di sé, in relazione al contesto. Se ci si occupa solo dell’alterazione del corpo, si fa come se l’alterazione dell’immagine di sé, della propria identità, della propria sicurezza, della propria autonomia possano essere ignorate, in attesa della reversibilità della malattia².

E’ del tutto inutile attendere dal sistema sanitario una competenza ad elaborare i problemi emozionali che il malato vive in quanto affetto da una malattia che, in qualche modo e entro certi limiti, lo invalida. Il sistema sanitario si “prende cura” del malato nei suoi bisogni primari: lo alimenta, lo accudisce per quanto concerne la pulizia del corpo e del contesto entro il quale il malato vive, gli consente quel minimo di relazioni con le persone a lui più vicine affettivamente, rende possibile il contatto con il mondo esterno grazie alla radio, alla televisione, ai giornali, ai libri. Siamo ancora nell’ambito dei fatti, non dei vissuti. Il malato è affidato a se stesso, e solo a se stesso, per quanto concerne la sua soggettività, per quanto riguarda le ansie persecutorie e depressive che il suo “essere malato” comporta.

E’ importante sottolineare quanto dicevano, già nel 1989, Guerra e Di Giulio:

[...] la malattia (cioè il patologico incarnato in un soggetto) è ciò che va eliminato perché provoca sofferenza. Ovvero ciò che provoca sofferenza non può essere oggetto di conoscenza se non per un terzo estraneo al problema: una conoscenza, comunque, che non ha nulla a che fare con la sofferenza in sé. La malattia, in questo senso, per il paziente è solo negatività, non vita, momento cieco. Assenza di esperienza. Il discorso medico – che è sviluppo di conoscenza – non sa dire nulla, sulla malattia, che possa aiutare il paziente a vivere questo momento della sua vita: da questo punto di vista, la medicina è solo azione e la sensibilità con cui il medico viene incontro alla domanda di aiuto sembra appartenere ad un campo e a delle risorse diverse da quelle della medicina (p. 172).

Il sapere medico, in altri termini, non prende in considerazione il malato quale persona capace di una *soggettività* che vive simbolicamente la relazione con il sistema sanitario e trasforma tale processo simbolico in un agito o in un pensiero fondante l’azione. Il malato, per il sistema sanitario, è un essere privo di soggettività, capace solo di riconoscenza per quanto viene fatto nel prendersi cura di lui. Come afferma Canguilhem (1966) la *soggettività del malato non è di pertinenza della scienza medica* e rappresenta solo un elemento irrilevante per la prassi del medico, se non proprio di disturbo.

Si tratta, come si può ben capire, di un rilievo importante per cogliere la relazione tra sistema sanitario e pazienti; ma anche tra sistema sanitario e sistema sociale (pazienti, familiari e contesto dei pazienti).” (Carli, 2013, p. 57).

Così dicevo, nel marzo scorso, nell’introdurre il tema del seminario SPS: “Psicologia Clinica e Ospedale”.

² La reversibilità della malattia appare sempre più marginale, entro la medicina dell’oggi: grazie ai farmaci, allo stile di vita delle persone, all’aumentata capacità economica concernente la nutrizione, la dimensione salubre della maggior parte degli alloggi, la diffusione delle misure igieniche di base e altri fattori, il medico, attualmente, è confrontato sempre più frequentemente con malati cronici, spesso in fase terminale, per i quali l’obiettivo non è la “guarigione” ma il perseguimento di una accettabile qualità di vita. Per questo tipo di malati, più che per altri, è importante l’integrazione tra la “cura”, a volte e sempre più frequentemente sintomatologica o palliativa, e l’attenzione al vissuto dell’essere malati irreversibili. L’interrogativo è, pertanto, quello concernente chi si può far carico del vissuto di malattia in queste persone? E’ a questo interrogativo che la psicologia può dare una risposta innovativa e interessante.

Oggi possiamo approfondire le ragioni dell'affermazione per cui la soggettività del malato non può essere di pertinenza della scienza medica. Con l'avvento della medicina scientifica, la separazione tra fatti e vissuti è si è proposta come centrale per la scienza e la prassi mediche. Ciò è particolarmente chiaro entro la "Evidence-based medicine (EBM)".

E' importante sottolineare come questa separazione tra fatti e vissuti sia centrale per la prassi medica, pur lasciando aperto il problema circa il destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei pazienti e dei loro parenti, nell'ambito del sistema sanitario.

Ricordiamo che, per noi, il vissuto corrisponde alla simbolizzazione affettiva di un evento. Nel caso specifico, il vissuto di malattia, quindi la soggettività del malato, è di fatto la modalità con cui il malato stesso simbolizza affettivamente la sua condizione di dipendenza.

Intervenire sulle simbolizzazioni affettive comporta una specifica competenza; una competenza fondata sull'interpretazione delle dinamiche collusive che si strutturano tra chi è l'attore della simbolizzazione affettiva e chi interviene, entro tale relazione. L'intervento sulle simbolizzazioni affettive, quindi, implica la competenza all'avvio di un "pensare emozioni". Ricordiamo, anche, che il contesto organizzativo entro il quale noi sperimentiamo le nostre esperienze è "costruito" dalle simbolizzazioni affettive tramite le quali noi lo connotiamo (Carli, Paniccia & Giovagnoli, 2010). Se chiamiamo "cultura" l'esito di questa costruzione del contesto, fondata sulle simbolizzazioni affettive tramite le quali il contesto stesso viene connotato, si può comprendere come il sistema "pazienti – parenti" sia caratterizzato da una specifica cultura, ben diversa dalla cultura che caratterizza il personale sanitario. Le due culture, lo ripetiamo, sono l'esito di due diverse dinamiche di simbolizzare affettivamente il contesto ospedaliero. Simbolizzazioni che sono suggerite dal diverso ruolo dei pazienti – parenti da un lato, del personale sanitario dall'altro, ma che non coincidono con il ruolo stesso. Più volte s'è detto che la cultura del personale sanitario, entro l'ospedale, si aspetta dai pazienti una totale e indiscussa dipendenza, nel corso delle procedure sanitarie, e una acquiescenza alle regole del gioco del sistema di convivenza ospedaliero per quanto concerne la vita dei pazienti e dei parenti all'interno dell'ospedale stesso. Si è visto, anche, che la cultura dei pazienti e dei parenti è notevolmente cambiata, negli ultimi decenni del secolo scorso e negli anni duemila. La conflittualità tra le due culture è notevolmente aumentata; gli utenti della sanità pretendono sempre maggiori informazioni su quanto viene fatto nei loro confronti, da parte dei sanitari, e esercitano un controllo, a volte diffidente, sull'efficacia dell'intervento sanitario; a questo ha risposto, in modo sempre più rilevante per il funzionamento della sanità, la pratica della medicina difensiva. Questo, evidentemente, è quanto succede sul piano del comportamento: la diffidenza, dall'una e dall'altra parte, ha reso più difficile e conflittuale la convivenza tra pazienti e parenti da un lato, personale sanitario dall'altro. In questa realtà problematica, d'altro canto, il vissuto del malato – bambino è di una ancor maggiore solitudine. All'interno della soggettività del paziente, infatti, si delinea un forte conflitto emozionale ove si confrontano due emozioni contraddittorie: il bisogno di dipendere dai sanitari e la diffidenza nei loro confronti. Il movimento per i diritti del malato (Carli, 2012), quindi, ha contribuito all'incremento di un duplice conflitto, quello tra gli utenti del servizio sanitario e il personale sanitario da un lato, quello interno al vissuto del malato, tra le emozioni di dipendenza dai sanitari e di diffidenza nei loro confronti. Al primo conflitto si è risposto, da parte della sanità, con la medicina difensiva; il secondo conflitto, quello emozionale, non ha trovato ancora una sua "controparte", né una sua soluzione.

Il primo ordine di conflitti, d'altro canto, comporta disagio e, talvolta, violenza entro le relazioni tra malati e parenti da un lato, personale sanitario dall'altro. Una violenza che crea disagio, stupore in chi è stato abituato alla dipendenza assoluta e acritica del paziente, che crea vive quel secondo conflitto, il conflitto emozionale entro il quale si confrontano e si confondono dipendenza e diffidenza. Questa situazione, con i suoi problemi, può d'altro canto motivare una committenza del sistema sanitario nei confronti di chi possa intervenire entro il conflitto per proporre una elaborazione.

E' sulla base di queste considerazioni che la psicologia clinica può assumere una funzione di grande rilievo entro il sistema sanitario ospedaliero. Vediamo di delineare, per grandi linee, la funzione che l'intervento psicologico clinico può assumere entro l'ospedale.

Quali interventi

Nell'ospedale, lo psicologo non incontra singole persone con un problema. Incontra relazioni tra le persone, gli utenti dell'ospedale da un lato e il sistema sanitario dall'altro. Lo psicologo, quindi, lavora girando per i luoghi dell'ospedale: "intercetta" relazioni e situazioni entro le quali può essere utile il suo intervento; lo può

fare solo se è in grado di “vedere” quanto succede attorno a lui. La domanda concernente un suo intervento, non gli è rivolta direttamente; non può, quindi, rifugiarsi in una stanza aspettando che qualcuno si rivolga a lui, per trattare il suo problema.

Pensiamo, ad esempio, al “giro: come va?”. Un nostro allievo svolge il suo tirocinio all’interno di un reparto di oncologia, in un ospedale romano. S’accorge che la relazione dei pazienti, spesso affetti da malattia grave *quoad vitam*, nei confronti dei medici, è condizionata dal formalismo tecnico che caratterizza l’atteggiamento medico. S’accorge anche che al di là di questa relazione con i medici, i pazienti e i loro familiari vivono l’esperienza ospedaliera in condizioni di forte ansia. Decide, quindi, di impiegare il suo tempo accostandosi ai singoli letti del reparto, chiedendo al malato e ai familiari che stanno con lui: “come va?”. A questa semplice domanda ottiene risposte emozionalmente coinvolgenti; le persone accettano la proposta relazionale, non vincolata ai dati clinici della malattia, per parlare di sé, delle proprie fantasie, dei propri vissuti, allacciando lunghi dialoghi con chi dimostra di essere disposto ad ascoltare. Al “giro” medico si affianca, così, il “giro: come va?”, atteso dai pazienti e da chi li assiste nelle lunghe ore pomeridiane, quando la prassi medica s’arresta e le persone sono abbandonate alle loro fantasie, alla loro passività inerte, alla routine dell’attesa, in vista della ripresa sanitaria del mattino seguente. E’ importante notare che, con questa iniziativa, lo psicologo clinico s’accosta al letto dei malati, li ascolta e propone alcune osservazioni interpretative che vanno al di là della semplice benevolenza consolatoria. In questa relazione sono coinvolte le persone di volta in volta interpellate dallo psicologo, ma anche i malati vicini a quelli che parlano con lui. C’è un malato che saluta lo psicologo, gli sorride, ma non accetta la proposta di confidarsi con lui. Quando, nel letto accanto a quello di questo malato silente, viene ricoverato una persona affetta da una diagnosi molto grave, all’avvicinarsi dello psicologo il malato consiglia il nuovo arrivato di parlare con lo psicologo: “è molto bravo, certamente ti aiuterà”. Lo psicologo capisce che, anche con il suo silenzio, il malato silente aveva instaurato un rapporto con lui, ne aveva colto la disponibilità, ne aveva tratto giovamento anche solo ascoltando il suo dialogo con gli altri malati del reparto. Con questa iniziativa, lo psicologo offre a tutti la sua disponibilità a trattare i problemi che emergono dall’essere malato – oncologico - in – ospedale; lo fa semplicemente, andando al letto dei malati, proponendo il proprio interesse e la propria competenza a mettersi in relazione non con la malattia – come fanno i medici e più in generale i sanitari – ma con la persona malata, con le sue fantasie, con le sue ansie, con il vissuto che è sollecitato dal proprio essere in ospedale. Nel caso del reparto di oncologia, in sintesi, non è necessario un evento critico perché lo psicologo possa intervenire; il ricovero, nella misura in cui implica una diagnosi “grave”, è di per sé un evento critico e la funzione psicologica può trovare una sua efficacia offrendo la disponibilità a trattare quanto non è possibile esprimere con il personale sanitario, perché vissuta sul piano simbolico, quindi sul piano emozionale. Quelle emozioni che il sistema sanitario, e se ne capiscono i motivi, non è capace e disposto a trattare.

Un profondo cambiamento del setting usuale dello psicologo clinico o dello psicoanalista si ha anche con il lavoro clinico “domiciliare”. E’ il caso di un giovane uomo dimesso dall’ospedale dopo un grave incidente, per il quale i medici curanti chiedono, allo psicologo clinico, di seguire il difficile riadattamento familiare. In questo caso, due sembrano le connotazioni peculiari del lavoro clinico: la componente delirante che il giovane uomo mette in atto nell’incontro con il gruppo familiare, dopo il grave incidente; ma anche, e non ultimo, il contesto familiare entro il quale lo psicologo è chiamato a lavorare. A questo proposito ricordiamo come, in un recente seminario formativo, una giovane collega si lamentasse con i colleghi più anziani di segnalare pazienti che per lei erano problematici, in quanto era costretta a seguirli “a domicilio”, per i più diversi motivi. La giovane psicoterapista era convinta che i colleghi più anziani le segnalassero situazioni marginali, in quanto caratterizzate dalla necessità di essere seguite a domicilio. Senza cogliere che il lavoro domiciliare ha una sua specificità, comporta una profonda e peculiare competenza, volta a utilizzare, quale risorsa, la complessa relazione tra paziente e contesto. Nel caso presentato in questo seminario, la psicologa clinica si trova confrontata con il difficile compito di integrare i problemi del paziente, di recente dimesso dall’ospedale, con le aspettative e le pretese dei familiari. Il paziente è confuso, nel tempo e nello spazio come si diceva un tempo, e minaccia scoppi di ira e di rabbia per una condizione che non riesce a sopportare. I familiari non sanno come accogliere questo disorientamento spazio – temporale e emozionale; un disorientamento che mette in discussione la funzione accogliente e protettiva usualmente svolta dalla famiglia. Il paziente, una volta dimesso dall’ospedale, non ha più il supporto rieducativo e di contenimento svolto dal sistema sanitario; è esposto alle sollecitudini emozionali dei rapporti affettivi più stretti, con la moglie e i figli.

Come si vede, ed è importante sottolinearlo, lo psicologo non ha a che fare con persone problematiche ma con relazioni³ problematiche. L'intervento psicologico clinico non concerne solo la relazione del paziente con lo psicologo; l'intervento ha a che fare, di contro, con il rapporto tra paziente e sistema sanitario, ma anche con la relazione tra paziente, familiari e sistema sanitario. Tutto questo complesso insieme di rapporti si condensa, di fatto, entro la relazione che lo psicologo clinico instaura e intrattiene con le differenti componenti del complesso mondo con il quale ha a che fare. Ciò comporta una conseguenza di rilievo: l'intervento del quale stiamo parlando non si pone il solo obiettivo di integrare l'intervento sanitario entro la soggettività del paziente. Alla soggettività del paziente, s'affianca la soggettività dei sanitari, così come la soggettività dei parenti. Questo è particolarmente evidente nel Pronto Soccorso ospedaliero, là dove l'impatto con il sistema sanitario è retto da una componente simbolica complessa e spesso difficilmente prevedibile entro la "logica del buon senso". Pronto Soccorso che, sovente, è utilizzato da persone sole e senza alcuna relazione affettiva: un luogo ove incontrare qualcuno con cui parlare, ove passare la notte, farsi offrire la colazione e contare sul dono di alcune sigarette. Il Pronto Soccorso è un luogo aperto, giorno e notte, ove medici e infermieri sono a disposizione di chi li interpelli con qualche problema medico. Un luogo che attira chi si sente solo e sbandato, chi nella disponibilità sanitaria vede uno spazio ove proporre la propria problematica esistenziale. Anche, un luogo ove il sistema familiare può proporre l'urgenza comportamentale di un "membro designato" della famiglia stessa. E' il caso intercettato dalla nostra allieva, che svolge il suo tirocinio nel Pronto Soccorso di un ospedale romano: una giovane donna mostra le sue crisi "isteriche" ai medici e, soprattutto, ai genitori disorientati e in crisi di rapporto tra loro. La psicologa clinica sa "infilarsi" tra gli spazi che il sistema sanitario, nel suo confuso intervento sulla crisi della ragazza, lascia liberi. La psicologa ha così modo di parlare con la madre, con il padre e con la ragazza, in momenti diversi. Parla anche con la psichiatra chiamata a intervenire per sedare le crisi della ragazza. Ha così modo di cogliere come la ragazza usi del suo "fare la crisi" quale modo per essere vista e ascoltata da chi è troppo preso dal conflitto entro la propria relazione di coppia, com'è il caso dei genitori, o dal compito professionale com'è il caso della psichiatra. L'intervento psicologico, entro il Pronto Soccorso, appare molto interessante perché i problemi sollevati dalla soggettività delle persone, dalla dinamica simbolica con cui viene vissuto questo luogo aperto a tutte le problematiche, sono i più diversi e richiedono una duttilità di approccio e una competenza a cogliere, in pochi attimi, quanto sta succedendo. Si pensi, ad esempio, alla signora che non sa nulla del triage e dei criteri d'urgenza assegnati, tramite il colore del codice, alle varie persone che fanno ricorso al Pronto Soccorso. Qui, la non conoscenza delle regole di funzionamento dello specifico sistema sanitario crea problemi e proteste in chi si vede costretto ad aspettare, mentre vengono assistite, in altri termini "fatte passare avanti", persone arrivate dopo. L'informazione corretta può aiutare l'accostarsi a un mondo estraneo, sconosciuto e quindi vissuto come ostile. Altre volte si tratta di informare i pazienti o i parenti circa decisioni mediche che, non esplicitamente comunicate, creano allarme, apprensione, sentimento di abbandono a se stessi, devastante vissuto di impotenza. Queste reazioni emozionali al rapporto con il Pronto Soccorso sono frequenti, spesso minaccianti la soggettività di chi, entrando in modo imprevisto e traumatico nel sistema sanitario, associa alla funzione di cura una estraneità impenetrabile e fonte di anomia. La presenza attiva e attenta dello psicologo può rendere più accogliente, meno angosciante un contesto sanitario difficile e spesso fortemente conflittuale.

I molti esempi di intervento psicologico entro le varie aree dell'ospedale, presentati in questo contesto seminariale, ci aiutano a capire la specificità e l'interesse di un lavoro che richiede competenza psicoterapeutica e profonda conoscenza della dinamica relazionale, entro il contesto sanitario.

Una nuova "tecnica" per la Sanità

L'intervento psicologico clinico è usualmente fondato su una specifica condizione di lavoro: si sospende l'azione organizzativa per consentire alle persone o ai gruppi, con i quali s'interviene, la simbolizzazione affettiva della relazione con lo psicologo. E' dall'analisi di queste simbolizzazioni affettive che si può dipanare l'insieme dell'intervento. Nel caso dell'intervento psicologico entro la sanità, di contro, è impossibile sospendere l'azione organizzativa. O meglio, ciò è possibile se l'obiettivo dell'intervento è

³ Avere a che fare con la relazione. Ecco un tema che, al di là della sua ovvietà intuitiva, comporta approfondimenti importanti. Cosa intendiamo per relazione? E' un tema che affronteremo in un prossimo futuro. Va comunque sottolineato che, per noi, la nozione di relazione si collega necessariamente a quella di simbolizzazione affettiva collusiva, quindi può essere compresa solo utilizzando la nozione di modo d'essere inconscio della mente.

quello di facilitare un cambiamento entro la cultura sanitaria. Strategia che per lunghi anni è stata perseguita, senza alcun risultato tangibile. Al termine della citazione di Fornari, all'inizio di questo contributo, si dice che le istituzioni sanitarie rischiano di "curare" il malato, di combattere la malattia senza "prendersi cura" del malato stesso. Ebbene, dopo l'esperienza di molti anni d'intervento entro le organizzazioni più diverse, dall'azienda alla scuola, dalle strutture di volontariato alle forze armate, dal sindacato alle organizzazioni per la salute mentale, dalle carceri alle organizzazioni sportive, possiamo affermare che è impossibile realizzare un intervento di cambiamento della cultura sanitaria. La cultura sanitaria può cambiare in ragione dei mutamenti strutturali che caratterizzano la sanità, come conseguenza del cambiamento culturale di chi fruisce della stessa sanità, del cambio legislativo che ha caratterizzato il sistema sanitario nel nostro paese dagli anni settanta in poi. E' molto difficile intervenire per facilitare un cambiamento culturale volto a realizzare l'integrazione tra "curare" la malattia e "prendersi cura" del malato entro il sistema ospedaliero. L'ospedale, in Italia, si prende cura del malato, ma lo fa seguendo modelli e strategie che rispondono alle esigenze della cultura e della struttura sanitaria, non della domanda di chi fruisce dell'organizzazione sanitaria stessa. Le ragioni di questa affermazione sono molteplici, in primis l'esigenza sempre più marcata di caratterizzare tecnicamente l'intervento sanitario in funzione della rapida evoluzione delle conoscenze mediche, conseguenza degli importanti sviluppi scientifici della medicina. Con il passare del tempo, la cultura ospedaliera si è sempre più allontanata dal "prendersi cura" del malato, per accentuare il perseguimento degli obiettivi di cura della malattia.

Questo, in rapida sintesi, il motivo per il quale l'intervento psicologico in ospedale ha più senso, a nostro modo di vedere, se si pone obiettivi sostitutivi, volti ad affiancare la competenza psicologica del prendersi cura alla competenza medica del curare. E' questa la strategia che abbiamo perseguito in alcuni contesti ospedalieri del centro Italia, impostando in tal modo il tirocinio degli allievi della Scuola di Specializzazione di SPS.

Questa strategia non è fondata, lo ripeto, sul setting di sospensione dell'azione organizzativa, quale si persegue lavorando entro la "stanza" della psicoterapia o entro le "stanze", con le sedie rigorosamente disposte in cerchio, del lavoro formativo d'impronta psicosociologica. Abbiamo sperimentato, di contro, lo psicologo che prende spunto dai "clerici vagantes" e si sposta entro il reparto, le sale d'aspetto, la stanza del triage nel caso del Pronto Soccorso; abbiamo analizzato l'esperienza dello psicologo che va a domicilio dei pazienti dimessi dall'ospedale o del collega che gira tra i letti ove giacciono i ricoverati di un reparto di oncologia, che parla con i genitori angosciati del reparto di Neonatologia creando un legame, tra medici e infermieri da un lato e genitori dall'altro, che aiuta a esplicitare i problemi, a tradurre linguaggi diversi, che sa interpretare le incomprensioni della relazione. Si tratta, sempre, di interventi sulla relazione tra utenti della sanità e contesto culturale dei sanitari. Non si intende cambiare la cultura di chi fruisce del servizio ospedaliero, né quella dei sanitari. S'interviene là dove l'interazione tra le due culture manifesta criticità problematiche, incomprensioni angoscienti, potenziali conflitti.

Penso che questo modo di lavorare dello psicologo clinico entro l'ospedale possa rivestire una grande rilevanza nel prossimo futuro, conferendo alla psicologia quella funzione che il sistema ospedaliero in qualche modo richiede, anche se con evidenti e palesi diffidenze. E' l'esperienza di una utilità della funzione psicologica che potrà dissipare questa diffidenza.

Bibliografia

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF (trad. it. Il normale e il patologico, Einaudi, Torino, 1998).
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20.
- Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285 – 303.
- Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale. Introduzione al tema, *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55 - 62
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia. *Rassegna italiana di sociologia*, 51, 2, 183 – 204.

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.

Guerra, G., & Di Giulio, C. (1989). Il sapere medico: un'analisi istituzionale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 167 – 176.