

## La non relazione medico-paziente: dalla chiusura alla massima disponibilità

di Michela Zanetti\* e Anna Lalli\*\*

### *Abstract*

In questo studio si riferisce a proposito di una ricerca di campo relativa alla funzione dello psicologo clinico nella attività ospedaliera in reparti ad alto tasso di mortalità. A partire dalla domanda di consulenza della committenza (i medici e i direttori di unità operativa) al Servizio di Psicologia Ospedaliera, attraverso l'analisi di indizi molto diversi tra loro: gli spazi, le parole dei pazienti, dei medici e degli infermieri, si è giunti a costruire la simbolizzazione affettiva dei contesti. Il criterio, che fonda la relazione medico-paziente, si ipotizza sia ascrivibile all'angoscia di morte che orienta gli operatori sanitari entro due modelli relazionali distinti: l'indisponibilità e la massima disponibilità a prescindere.

*Parole Chiave:* angoscia di morte, non relazione medico-paziente, disponibilità, indisponibilità, simbolizzazione affettiva, funzione psicologica.

### *Premessa*

Questo articolo intende proporre alcune riflessioni sulla qualità della relazione tra medici, pazienti e familiari; le considerazioni riportate si riferiscono all'attività clinica effettuata dal dipartimento di Psicologia Ospedaliera operante nei nosocomi afferenti alla ASL 1 della Regione Toscana, nel biennio 2010-2012; sono stati presi in considerazione gli interventi che rientravano fondamentalmente entro due criteri:

- 1) a gravità della malattia, nel senso dell'alta probabilità di assistere nel corso del trattamento medico ad un exitus;
- 2) la domanda di consulenza al servizio di Psicologia Ospedaliera inerente difficoltà "a comunicare con i pazienti e i familiari". La dimensione teorica che ha orientato la ricerca e l'intervento clinico è l'Analisi della Domanda. L'esplorazione delle simbolizzazioni affettive, agite dai medici (direttori di Unità Operativa o medici di primo livello) a partire dalla istituzione della relazione con lo psicologo clinico ha consentito di orientare, in un cammino accidentato e pieno di pericoli, la prassi psicologica allo sviluppo del cliente.

### *La domanda di intervento: la comunicazione tra medico e paziente*

Le "domande" di consulenza alla Psicologia Ospedaliera prese in esame riguardano la necessità di miglioramento della comunicazione tra medico e pazienti (e familiari); richieste inseribili grosso modo nel calderone "difficoltà di comunicazione".

Le Unità Operative prese in esame presentano specificità in relazione alla "competenza" psicologica acquisita negli anni: in alcune pressoché nulla, in altre molto presente ed acquisita attraverso corsi di formazione a pacchetto sulla comunicazione efficace, delle cattive notizie, sull'accoglienza o/e acquisita a seguito dell'inserimento in equipe di uno psicologo con mansioni di tipo tecnico ovvero dedicato al lavoro "diretto" al paziente e alla famiglia.

Da un vertice clinico è apparso evidente che le supposte difficoltà di comunicazione fossero sostanzialmente una rappresentazione di una difficoltà molto più complessa che riguardava la

\* Psicologa clinica e psicoterapeuta, convenzionata presso la struttura dipartimentale di Psicologia Clinica Ospedaliera-U.R.pe, ASL 1, Massa Carrara.

\*\* Psicologa psicoterapeuta, responsabile SSD di Psicologia Clinica Ospedaliera. ASL 1, Massa Carrara.

“relazione” e “l'angoscia di morte”. L'esplorazione delle domande portate è avvenuta attraverso osservazioni-interventi diversificati sulla base della committenza e si sono declinati sostanzialmente in focus-group con le equipe, riunioni con i Primari e i dirigenti degli infermieri, interventi di sviluppo rivolti ad un singolo medico o gruppi di discussione sui casi. Si è rilevato sostanzialmente che le equipe prese in considerazione sulla base dei criteri: difficoltà di comunicazione, gravità della malattia, fossero organizzate tendenzialmente entro due aree emozionali opposte: *l'indisponibilità* alla relazione con il paziente e i familiari da un lato o la *massima disponibilità* dall'altro, “a prescindere” dal tipo di domanda, dal tempo richiesto a fornire la prestazione, dal tipo di situazione.

Si tratta di due cornici polari che orientano la relazione: l'una esclude il paziente da un qualsiasi tipo di rapporto con l'equipe, l'altra nel senso del possesso dell'altro. Entrambe le modalità non favoriscono la conoscenza del paziente in senso esplorativo. Se si pone come premessa che: “*per istituire un rapporto di conoscenza dell'estraneo è innanzitutto necessario passare dalla solitudine: quella solitudine che aiuta a riconoscere che dell'altro non ne so nulla, che conosco ben poco delle sue esigenze e delle sue aspettative*” (Carli & Paniccia, 2003, p. 56), e che a partire da questo è possibile costruire una relazione con la persona, si può concludere che entrambe le dinamiche emozionali siano ascrivibili ad una logica simmetrica particolarmente primitiva il cui prodotto non può essere definito una vera relazione di scambio, ove per relazione si intenda un rapporto con l'estraneità che implica l'abbandono dei pre-giudizi, degli stereotipi, di tutti gli “a priori”. L'estraneo è l'amico ignoto (Carli & Paniccia, *op. cit.*). Le relazioni fondate sulla *indisponibilità* sembrano costruite sulla vision dell'altro come “nemico”; mentre quelle fondate sulla *massima disponibilità*, sulla categoria della amicalità scontata, in questo senso le equipe si trasformano nella “famiglia altra” del paziente e dei parenti. La dinamica di base che orienta la relazione nei contesti presi in esame sostanzialmente può essere iscritta entro la dinamica amico noto-nemico; entrambe mettono al riparo il medico (e il gruppo infermieri): non viene riconosciuta l'alterità estranea dell'altro. *L'amico noto* si fa entrare subito in casa nostra ed è “come se” fosse a casa sua, dal *nemico* si fugge.

Non è infrequente che gli effetti collaterali dei farmaci vengano riportati allo psicologo più che al medico, o la confessione sospensione del trattamento farmacologico. Entro una logica di fuga o assimilatoria non c'è spazio per la divergenza, per gli spigoli. Solo per il consenso e le rotondità.

#### *Competenza basata sul potere vs competenza basata sulla tecnicità-biologica*

In una cultura aziendale sanitaria sempre più orientata al paziente come cliente, non si assiste parimenti ad una attenzione alla formazione del medico in senso relazionale. Nelle facoltà di Medicina, anche dopo la riforma della tabella XVIII, la psicologia clinica, confusa con la psicologia generale, non forma adeguatamente il medico a quelle che saranno le implicazioni psicologiche insite nella sua professione. Lo spirito che permea le facoltà mediche è impregnato ancora di vecchi pregiudizi e stereotipi, la psicologia è considerata una sorta di arte subordinata alla medicina, identificata o come una gentilezza congenita o sovrapponibile alla medicina e come quella basata sugli stessi criteri di diagnosi esatta-terapia efficace (Imbasciati, 2006). I medici specialisti si trovano oggi quindi svuotati della competenza basata sul potere, che li ha protetti per molti anni e che ha permesso loro di collocare il paziente in una posizione di dipendenza ad una identità sostanziata dal solo potere della competenza tecnico-biologica (Schillinger et al., 2003). Si assiste quindi spesso alla presenza di equipe molto angosciate, alle prese con un cliente/paziente sempre più esigente, sfiduciato e disorientato, tra il web che vomita notizie “mediche” con una contraddittorietà spaventosa e format televisivi dedicati alle malattie più strane.

I contesti osservati di cui si resoconta in questo articolo possono essere assimilabili o ad una situazione di carenza costituzionale o a contesti che di fronte alle difficoltà crescenti sul piano della “comunicazione” e alle richieste di cambiamento sempre più pressanti da parte degli utenti, hanno chiesto aiuto nel corso degli anni agli esperti della *psi* per potersi districare nel mondo delle emozioni e delle relazioni. E' in questi contesti che abbiamo osservato gli effetti “iatrogeni” di una certa psicologia medica, grazie alla quale, a fasi, si è assistito alla centralità dell'individuo o della malattia, prescindendo dalla relazione.

Se partiamo dalla premessa che le parole costruiscono le culture, si ritiene significativo focalizzare l'attenzione sulle narrazioni di natura psicologica utilizzate in questi contesti; e parole attraverso le

quali il medico e le infermiere descrivono il paziente da un punto di vista psicologico fanno riferimento ad un vocabolario desueto i cui termini possono essere fatti risalire ad una psicopatologia dell'individuo quale portatore di deficit e di cui spesso noi esperti della *psi* abbiamo la responsabilità di aver traghettato dagli ambulatori dei DSM, nei reparti ospedalieri. "La paziente che si lamenta ha tratti isterici, il paziente che richiede mille volte le stesse spiegazioni è presa dall'ansia per la malattia". La focalizzazione sul deficit e l'inquadramento personologico all'interno di uno degli assi del sistema nosografico di riferimento del paziente che in anni passati può aver contribuito a costruire un minimo di cultura psicologica in ambiente medico ha anche contribuito ad amplificare la dinamica basata sul potere medico e sulla visione del paziente quale nemico folle o lamentoso, con un aumento della deriva difensiva da una parte e delle denunce dall'altra.

L'ospedale è un sistema sociale, l'intervento che lo psicologo può utilmente proporre è un intervento che abbia in mente un sistema sociale e non un individuo. Altro vertice che ha contribuito a restringere la polisemia in maniera deleteria è stato quello che ha messo al centro "la reazione" alla malattia: la classificazione della Kübler Ross (1976) tanto per citarne una, che ha avuto il pregio, tra gli altri, di de-focalizzare e de-incolpare il paziente e i familiari per certe reazioni "non adattate" alla malattia, ha essa stessa contribuito ad allontanare il medico e il paziente da una vera relazione di scambio. I codici interpretativi che in qualche modo hanno cercato di ovviare alla assenza di un medium tra operatori e pazienti hanno nei fatti sostituito l'assenza di un modello di relazione con un restringimento della polisemia, contribuendo ancora di più ad amplificare l'assenza di una relazione di scambio vero tra pazienti ed operatori. Se un paziente o un familiare, secondo la logica della reazione alla malattia, chiedono al medico una consulenza ulteriore è perché sono in una fase di negazione della malattia o perché stanno in una fase di rifiuto. In alcuni contesti si è quindi assistito ad un passaggio da un caos polisemico dal sapore omogeneo e indifferenziato ad un ordine apparente e claustrofobico.

#### *Gli spazi e i contesti*

Si ritiene utile partire dalla descrizione dei luoghi delle nostre osservazioni dato che essi ci parlano delle equipe che li abitano e in particolare delle culture locali delle persone che in quei luoghi lavorano ogni giorno. Ripercorrerli è utile perché contribuisce ad orientarci rispetto l'area emozionale entro la quale presumibilmente si muovono i Primari di quei reparti. I direttori delle Unità Operative oggi nella nostra realtà aziendale possono, se lo vogliono, intervenire nelle opere di progettazione sanitaria degli interni, coadiuvando gli esperti, scelgono lo stile e quindi l'atmosfera che intendono debba avere il "proprio reparto", partecipando attivamente alle opere di recupero degli ambienti.

Il disegno delle ristrutturazioni dei reparti presi in esame, avvenute a cavallo degli anni '90 nella nostra ASL, ha seguito sostanzialmente due orientamenti distinti; infatti, anche se da una parte e dall'altra si è assistito ad opere per attuare il rispetto alla privacy del paziente (tema pregnante nella sanità in quegli anni!) e affinché la degenza fosse la più confortevole possibile (letti più ampi, aria condizionata, bagni nelle camere) i reparti presi in esame si distinguono per due linee stilistiche diverse: quelli nei quali si è optato per colori vivaci (pavimenti aranciati, pareti giallo limone) varchi il più possibile aperti, la filodiffusione ad accompagnare le pratiche terapeutiche e quelli che, nel rinnovamento, hanno mantenuto uno stile austero e il massimo della concessione è stata una qualche parete colorata di azzurro. Le sale d'attesa per l'entrata nei reparti hanno goduto dello stesso servizio, tanto che in alcuni non è prevista che una piccola serie di sedie disposte lungo le pareti dei corridoi. Spazi freddi e privi di motivi che possano promuovere l'aggregazione dei pazienti e dei familiari. Unico luogo di insieme, la macchinetta per la distribuzione delle bevande. In altre situazioni si è pensato di sfruttare la splendida vista sulla costa, le panche posizionate una fila in faccia all'altra, con l'intento di promuovere la comunicazione. Questa attenzione per gli aspetti legati all'accoglienza materiale del paziente è correlata probabilmente ad una logica di sviluppo lineare secondo cui al cambiamento delle strutture dovrebbero corrispondere cambiamenti comportamentali (De Leo & Fini, 2012). La letteratura in merito sostiene che le cose non sono così semplici come vorrebbe una certa cultura aziendale sanitaria, sempre più orientata al paziente come cliente.

Simmetricamente alla architettura degli spazi, l'uno aperto e colorato, l'altro chiuso e austero, si stabiliscono, in questi contesti, i rapporti coi pazienti.

Come premesso sono stati rilevati due atteggiamenti polari, quello della chiusura e quello della massima disponibilità. Nei contesti del primo tipo, la comunicazione intesa come scambio di informazioni tra le parti, è densa di storture in considerazione di una impossibilità ad instaurare una relazione vera e di scambio produttivo con i pazienti e i familiari. Moltissime le “denunce” dovute ad una scarsa diffusione delle informazioni anche le più banali. Da cui tutti i problemi legati alla assenza della *adherence* alle terapie mediche, l'amplificazione “affettiva” delle algie, gli atteggiamenti di lamentazione dei pazienti e dei familiari e non per ultimo le segnalazioni all'URP (Ufficio Relazione col Pubblico).

Una correlazione elevata è stata osservata tra l'altissima tecnicità biologica e la assenza dell'ascolto e della comunicazione delle informazioni utili al paziente (Guerra & Ancona, 1983). L'osservazione diretta delle interazioni medico-paziente da parte dello psicologo clinico in questi contesti si può in sintesi definire di isolamento protettivo del medico. All'opposto sono state osservate equipe inserite in una cornice relazionale caratterizzata dalla *assoluta disponibilità*, caratterizzate da super-lavoro, dove medici e infermieri non hanno tregua, non si confinano rispetto alle richieste che diventano debordanti. Il tempo dedicato alle visite è illimitato, il telefono sempre squillante. Proviamo ad analizzare il termine disponibilità, si evince che esso deriva dal latino *disponere*, verbo composto dal prefisso *dis-*, prefisso verbale e nominale con valore dispersivo + *ponere*, porre. Il termine sta a connotare colui che è disposto a confondersi, a disperdersi (con l'altro e nell'altro) in una relazione omogenea e indistinta.

Ma chiusura e massima disponibilità costituiscono le due facce di una stessa medaglia: quella di una non-effettiva relazione tra le persone. Relazione che se istituita produrrebbe un contatto reale con l'altro ma che significherebbe anche da parte del medico di doversi confrontare con un mondo per il quale non ha a disposizione criteri che lo possano orientare su che cosa deve fare e cosa non deve fare. Un mondo di emozioni dolorosissime, le proprie e quelle del paziente, che disorientano e per sostenere le quali, come abbiamo detto, non è “formato”, anche se paradossalmente pratica in luoghi dove si respira quotidianamente l'odore della morte.

La nostra ipotesi è che di fronte ad una realtà per affrontare la quale il medico non si sente equipaggiato, come un bambino nei confronti del mondo degli adulti, ripieghi in un mondo illusorio, sviluppando da una parte un isolamento protettivo e una chiusura alla relazione, dall'altro una assimilazione dell'altro a sé, una confusione totalizzante ed omogeneizzante, ove i confini del reparto si confondono con quelli della famiglia. Dove non è possibile fare chiarezza su “chi” prova che “cosa” (Bleger, 2010; Carli, 2003).

Si può ragionevolmente ipotizzare che l'istituzione di relazioni non-relazioni, nel senso di un vero scambio tra due persone che non si conoscono, si ponga come modalità protettiva per gli operatori che lavorano ogni giorno a contatto con queste situazioni. Si ritiene che la stessa evocazione “*del terzo*” (Pichòn Rivière, 1985) da parte del paziente, intendendo per terzo la richiesta di una consulenza esterna, l'invio dei vetrini per una ulteriore analisi istologica, i racconti di interruzione delle terapie mediche o degli effetti collaterali fatte a noi psicologi, possano essere letti come tentativi di rottura della collusione. Il terzo che scuote la coscienza del medico, che provoca rabbia, forse rappresenta il tentativo, da parte del paziente, di “attirare” l'attenzione in una relazione nella quale non si sente né visto né sentito.

### *La funzione dello psicologo clinico*

La funzione dello psicologo clinico nei contesti ospedalieri presi in esame si è esplicita e si esplica tuttora, nella funzione di smontatore, di decostruttore di idee, pregiudizi, preconcetti, nel tentativo di promuovere una relazione tra i due la meno vincolata possibile ad ancoraggi pregiudiziali al fine di promuovere una relazione di tipo esplorativo e veramente conoscitivo. Questo significa parimenti sostenere gli operatori sanitari a dispiegare le emozioni legate alla malattia, al senso di impotenza, ad aiutarli a dare un nome all'angoscia affinché cessi di costituirsi come organizzatore delle non-relazioni. Riportando sempre il tutto ad un pensiero che proceda per obiettivi perché il medico non si perda. Molto banalmente riporto a margine un colloquio avuto qualche giorno fa in un reparto per cure intensive dove una paziente si era lamentata tutta la notte per il dolore, disturbando gli altri degenti e il lavoro della equipe. L'infermiera, sentito il medico, aveva inserito nella flebo un analgesico, ma nessuno si era premunito di informare la paziente di questa azione. Alla mia richiesta se qualcuno avesse informato la signora, la risposta è stata:

“dott.ssa ma noi non possiamo stare qui a dare tante spiegazioni, abbiamo un mare di pazienti da curare e dimettere presto, non abbiamo tempo per queste cose”.

Ridefinisco con il medico e le infermiere gli obiettivi, semplicemente “stagliandoli dallo sfondo”: curare e dimettere presto!

Dopo alcune mie delucidazioni rispetto alla funzione delle informazioni sugli aspetti affettivi del dolore e su come il sentirsi disorientati in ospedale possa in qualche modo interferire con l'obiettivo: curare e dimettere presto, il medico si è ritagliato cinque minuti che ha dedicato alla comunicazione alla paziente sull'analgesico somministrato, alla probabile natura del dolore e al decorso e ascoltando il “come si sentiva” la paziente. Dopo un quarto d'ora la signora aveva smesso di lamentarsi. Il breve *frame* descritto è esemplificativo dell'attività clinica di cui si riportano in questo scritto le riflessioni. Una prassi costituita di interventi che si svolgono in uno *spazio* e per una *durata* non prevedibili, su uno sfondo caratterizzato da una intensa pressione collusiva del contesto affinché lo psicologo adotti un atteggiamento vicariante e realizzi azioni in sostituzione del cliente, non avendo lo psicologo che il potere della competenza e un pensare per obiettivi, in assenza di un setting classicamente concepito. L'esplorazione della simbolizzazione affettiva agita dal cliente nei confronti dello psicologo ha costituito l'ossatura attorno alla quale sono stati pensati gli interventi: nei contesti di *indisponibilità alla relazione*, il riuscire ad esempio a ritagliare spazi di riflessione come quello precedentemente descritto o nei casi di *massima disponibilità a prescindere*, a porre dei limiti e a ridefinire cornici di senso.

Le azioni di intervento psicologico clinico attuate, coerentemente con l'obiettivo ultimo di sviluppare il cliente-medico o infermiere, sono state costruite nel qui ed ora della relazione, sempre avendo a mente lo sviluppo del cliente.

#### Bibliografia

Alexander, G., Casalino, L.P., & Meltzer, D.O. (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket cost. *Journal of the American Medical Association*, 290, 953-958.

Bauleo, A.J., & De Brasi, M.S. (1990). *Clinica gruppale clinica istituzionale*. Traduzione di Fischietti R. e Marzotto M. Padova: Il poligrafo.

Bleger, J. (2010). *Simbiosi e ambiguità*. Studio Psicoanalitico. Roma: Armando Editore.

Bleger, J. (1989). *Psicoigiene e psicologia istituzionale, il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica*. Ancona: Laureatana Editrice.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2004). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). *Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33

Castellano, R., Grimaldi, N., Malzoni, A., Pagliarulo, M., Pirone, N., & Sarno, R. (2011). il trattamento dell'infertilità: considerazioni psicodinamiche sulla relazione di cura. *Rivista di Psicologia Clinica* 1,186-199.

De Leo, D., & Fini, V. (2012). *Attualità dello sviluppo. Riflessioni in pratica per costruire progetti locali di qualità*. Milano: FrancoAngeli.

Feldman, S.R., Chen, G.H, Hu, J.Y., & Fleischer, A.B. (2002). Effects of a systematic asymmetric discounting on physician-patient interactions: a theoretical framework to explain poor compliance with lifestyle counseling. *BMC Medical Information Decision Making*, 2, 8-16

Guerra, G., & Ancona, L. (1983.) Comunicazione e non-comunicazione nell'équipe medica. *Difesa Sociale*, 5, 5-13.

Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: presente e futuro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-42.

Imbasciati, A., & Margotta, M. (2004) *Compendio di psicologia degli operatori sanitari*. Padova: Piccin.

Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York : Macmillan. Trad. it. *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella Editrice, 1976.

Pichòn\_Rivière, E. (1965). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Edizione Lauretana, 1985.

Schillinger et al., (2003). Physician assessment of patients' comprehension of new information. Does it improve outcomes. *Journal of Clinical Outcomes*, 10, 252-253.