

## Ospedale, sofferenza, psicologia: intercettare domande

di Andrea Civitillo\*

### *Abstract*

Quali problemi incontra la psicologia in Ospedale, in quali modi può intervenire? Come può trattare le domande che pone la cultura sanitaria? Questo lavoro vuole contribuire a tali questioni proponendo un metodo di intervento basato su modelli psicologico clinici della relazione. Siamo presso l'Unità di Psicologia di un Ospedale romano, per la quale l'autore collabora come tirocinante, ed il lavoro presentato propone possibili interventi psicologico clinici che trattano la sofferenza dei pazienti oncologici, i problemi dell'équipe sanitaria del reparto di Oncologia, le domande rivolte all'Unità di Psicologia e la sua offerta di intervento clinico. Una delle ipotesi è che l'Ospedale tenda spesso a presentarsi come contesto portatore di questioni scisse: ad esempio quella che vede da un lato il sintomo del paziente, dall'altro le dimensioni emozionali ed organizzative del personale sanitario. Questo lavoro vuol proporre delle ipotesi di intervento che, a partire dalla specificità dei problemi portati dalle persone, mirano ad incidere sulla molteplicità di rapporti in cui le persone stesse sono implicate (siano pazienti, famiglia, o personale sanitario).

*Parole chiave:* ospedale, sofferenza, psicologia clinica, oncologia, intervento.

### *Introduzione*

Sono da un anno tirocinante<sup>1</sup>, presso l'Unità di Psicologia dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli (UOP). Le domande di cui si occupa l'UOP provengono da tutti i reparti dell'Ospedale e dal Pronto Soccorso. Inoltre chiunque può recarsi in UOP e chiedere consulenze psicoterapeutiche. Composta da quattro strutturati (di cui uno ha la funzione di coordinatore) una consulente e due borsiste, ad essa afferiscono attualmente 18 tirocinanti. L'offerta formativa dell'UOP consente al tirocinante di sperimentarsi e prendere parte a molte delle attività di cui si occupa il Servizio: il briefing dell'Unità Operativa di Psicologia (UOP); il briefing e giro visita del reparto di Oncologia; consulenze psicoterapeutiche; consulenze psicologiche richieste dai pazienti nei vari reparti; servizio di accoglienza, progetti promossi dall'UOP o al quale UOP è invitata a partecipare.

### *L'esperienza di tirocinio nell'UOP*

Scelgo qui di parlare della mia esperienza di collaborazione con il reparto di Oncologia. Per la sua densità emozionale e per la quantità di relazioni nelle quali mi sono trovato, voglio condividere alcune riflessioni. Questa esperienza di lavoro mi ha permesso di esplorare i modi in cui stanno insieme Ospedale, sofferenza e psicologia. Il primo inteso come contenitore all'interno del quale si intrecciano una fitta rete di relazioni; la seconda intesa come le emozioni che vi circolano all'interno e la psicologia vista dal vertice dell'UOP, quindi del mandato, delle funzioni, delle domande che le arrivano e di cui si occupa.

La cooperazione tra Oncologia e UOP impegna i due reparti in un lavoro costante di pensiero e relazioni che ha prodotto negli anni numerosi interventi e attività:

- Gruppi terapeutici per pazienti oncologici.
- Gruppi per caregiver.

---

\* Psicologo clinico, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

<sup>1</sup> Per SPS, Studio di psicosociologia, scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Per i presupposti teorici del modello di intervento adottato in questo lavoro, si vedano Carli & Paniccia, 2011 e 2003.

- Consulenze in reparto. Le richieste di consulenza sono principalmente di due tipi: quelle effettuate da pazienti o familiari; quelle effettuate dal personale medico per segnalare problemi dei pazienti o familiari ritenuti in difficoltà. Da citare anche quelle richieste dal personale ospedaliero (per questioni private od organizzative).
- Partecipazione dello psicologo al briefing mattutino: riunione con medici, paramedici e assistenti sociali in cui si analizzano le situazioni di ogni paziente ricoverato.
- Partecipazione dello psicologo al giro visita con medici e paramedici: vengono visitati tutti i pazienti del reparto, monitorate ed aggiornate le terapie, comunicate le diagnosi e le dimissioni.

### *Il lavoro nel Reparto di Oncologia: dal singolo caso a costruire relazioni*

L'attività in reparto ha rappresentato per me un'opportunità importante per osservare e al contempo partecipare dei rapporti tra medico e paziente, tra paziente e psicologo, tra medico e psicologo, tra UOP e Oncologia, tra tirocinante e UOP. Tutti rapporti in cui gli aspetti organizzativi, amministrativi, emozionali, professionali sono diffusamente intrecciati. Credo che sia il costante lavoro di tenere insieme tutti questi rapporti a costituire una possibilità per proporre un intervento clinico la cui efficacia non interessi soltanto il singolo (ad esempio l'équipe medica piuttosto che il paziente) ma piuttosto il sistema di relazioni nel suo complesso.

Durante i primi tempi della mia partecipazione a queste attività riscontravo delle dimensioni emozionali che io stesso attribuivo separatamente agli uni o agli altri: da un lato c'erano quelle dell'UOP, dall'altro le questioni dell'Oncologia, dall'altro quelle dei pazienti; per ciascuno si poteva pensare un intervento mirato, che nel farsi carico del singolo, lasciava sullo sfondo il resto. Col tempo ho potuto spostarmi su una posizione diversa, per la quale oggi ipotizzo che vi sia una forte circolarità di emozioni, ovvero che ad esempio, senso di solitudine, paura, sofferenza, necessità di essere riconosciuti, siano a carico tanto dei professionisti che operano nel reparto, quanto nell'UOP e dei pazienti.

Con in mente quella che chiamo la circolarità delle emozioni - in altre parole la condivisione di emozioni entro un contesto - diventano interessanti proprio perché affrontabili (cioè premesse di domande, richieste di relazioni) due questioni che in altre occasioni mi sono sembrate ostacolare più che promuovere un'interazione tra reparto oncologico e UOP: si tratta della richiesta di presenza costante di psicologi in Oncologia; ed il fatto che gli psicologi si sentono chiamati ad intervenire quasi esclusivamente sui pazienti (depressi piuttosto che non collaborativi, o con sintomi psichiatrici).

Ipotizzo che la possibilità di proporre interventi psicologici volti all'elaborazione dei vissuti emozionali che sostengono la necessità di richiedere consulenze psicologiche diventi un obiettivo del lavoro, piuttosto che una sua premessa. In altri termini la costruzione di una committenza, fare ipotesi su cosa porti a domandare consulenze, creare la possibilità che si possa parlare di problemi diventa un obiettivo dell'intervento psicologico, non un'analisi che precede il "vero intervento tecnico". Durante il tirocinio sto proprio verificando quanto la competenza a costruire relazioni e la capacità a stare entro esse, rappresentino veri e propri strumenti di lavoro a carico della professione psicologica. L'esperienza di tirocinio entro l'UOP mi sta aiutando molto in tal senso: individuo problematiche, formulo ipotesi su di esse, ne discuto con referenti e colleghi, ne verifico l'utilità e gli esiti.

Entro ora nello specifico del mio lavoro presso il reparto, accennando a tre situazioni nelle quali mi sono trovato implicato. Sono situazioni in cui ho potuto verificare l'utilità della posizione di cui vi ho fino ad ora anticipato.

### *La pedata al fondoschiava*

I primi tempi, durante briefing e giro visita in Oncologia ero incastrato nella fantasia secondo cui l'intervento psicologico potesse essere diretto ai pazienti oppure ai medici. Guardingo e disponibile, intervenivo solo quando lo sentivo esplicitamente richiesto. Sono andato avanti così fino al giorno in cui è successa una cosa che si è rivelata preziosissima. Durante un briefing si era parlato di un paziente ricoverato che si stava sottoponendo a radioterapia. L'uomo preoccupava l'équipe medica per l'umore depresso, per la scarsa voglia di lottare e reagire alla malattia, si stava

lasciando andare, rinunciava persino a parlare. L'oncologo aveva lasciato intendere che voleva che io parlassi con il paziente in questione. Al giro visita, che segue il briefing, entriamo nella stanza del paziente al cui capezzale erano presenti moglie e figlia. Il medico, dopo aver visitato l'uomo e verificato la sua terapia farmacologica, passa ad premuroso ed energico predicazzo: "Lei non deve lasciarsi andare, deve parlare, deve camminare". Detto questo indicando me aggiunge: "Adesso parli un po' con il nostro psicologo!" Andando via dalla stanza mi bisbiglia "Ci parli tu?".

Al che, dopo aver detto qualcosa al povero paziente, il quale non voleva proprio sapere di parlare, rivolgo la mia attenzione alla moglie ed alla figlia, e finalmente mi interessa un po' ai loro problemi, le loro preoccupazioni, sento cosa avevano da dire. Qui ho trovato subito persone che avevano bisogno di parlare, ma che nessuno voleva sentire. La sensazione dello spintone, dell'avermi messo in mezzo in modo violento come se il medico mi avesse dato una pedata è stato necessario a farmi capire che prima di quel momento *non* vedevo il paziente né le altre persone presenti. O meglio vedevo solo il "qualcosa da fare" che mi chiedeva il medico. Lo "spintone" mi ha fatto capire che trasformavo in realtà la mia fantasia di un potere medico persecutorio, che se da un lato non si sa cosa vuole, dall'altro bisogna fare alla lettera ciò che chiede e quando lo chiede.

### *Er canòne maròne*

Durante un altro briefing si parla di una donna ricoverata vissuta dal reparto come molto problematica in quanto sembra versare in un continuo stato ansioso ma rifiuta, o quantomeno, si mostra riluttante ad assumere farmaci sedativi. I medici mi parlano dell'ipotesi di una consulenza psichiatrica chiedendomi un riscontro su questa possibilità. Qui mi propongo e chiedo di parlare con la donna prima di procedere in tal senso. Al termine del briefing mi reco dunque nella stanza della signora. La donna è molto spaventata dagli effetti del farmaco che le hanno dato due sere prima. Vede la mia presenza lì in quel momento come un segnale del fatto che in équipe non la prendano sul serio e che pensano che lei stia dando i numeri. Le rispondo che sono uno psicologo e voglio semplicemente vedere se è possibile fare qualcosa per lei. La sua malattia le comporta problemi respiratori per cui deve inspirare l'aria con la bocca. Il torpore e lo stordimento provocatole dal farmaco le hanno fatto temere di non essere in grado di inspirare volontariamente con la bocca in caso di crisi respiratoria tanto che sotto l'effetto del farmaco ha temuto di morire soffocata. Inoltre racconta di aver avuto allucinazioni per la prima volta in vita sua (sempre attribuite al farmaco) che l'hanno ulteriormente spaventa: un giocatore di cricket ed un uomo in abito elegante piuttosto minacciosi, ed un bel "canòne maròne" (un cagnone marrone) seduto accanto al letto e che aveva voglia di accarezzare. La donna tra le lacrime mi chiede di fare in modo che non le venga più dato quel farmaco.

Riporto il mio colloquio all'équipe ed i medici decidono di non chiedere al momento la consulenza psichiatrica. Aggiungo che probabilmente la paziente, nel dire di sentirsi angosciata, non chiedeva necessariamente un farmaco, ma che qualcuno la ascoltasse. Forse voleva semplicemente qualcuno a cui dire di essere angosciata. Qui mi sembra di aver visto subito la paziente, la sua angoscia ed il rapporto che intorno alla sua angoscia si andava costruendo nel reparto. Sostenere la paziente ascoltando le sue parole mi ha consentito di intervenire utilmente sul rapporto tra la paziente e l'équipe.

### *La paziente ostile*

In un successivo briefing si prende in esame il caso di una donna di 60 anni che ha perentoriamente, riportano i medici, rifiutato la consulenza psicologica suggeritale dal primario. I medici mi dicono che è molto abbattuta, depressa e a tratti ostile. Parla pochissimo e quando lo fa si lamenta continuamente del servizio e rifiuta qualunque forma di sostegno psicologico offerto, persino quello dei familiari. Comunico all'équipe (dando parole ad una domanda che sentivo proveniente dalla stessa équipe) di voler esplorare la situazione della paziente e faccio loro qualche domanda sulla malata e sulla sua famiglia.

Una volta arrivati nella stanza, che la paziente condivide con altre due persone, conosco il marito della donna ed esco con lui in corridoio durante le visite dei medici. Utilizzo questo spazio per parlare con lui e vengono fuori elementi che aiutano ad orientarmi. L'uomo è un imprenditore in pensione; sua moglie, anch'ella in pensione, lavorava presso una multinazionale. Mi parla

brevemente della loro storia d'amore, dei progetti fatti insieme andati in frantumi a causa della malattia. Si dice molto rattristato dalla freddezza di sua moglie (concomitante la malattia), dice che spesso quando lui va a trovarla, lei neanche lo saluta e che si sente impotente rispetto al fatto che lei rifiuti il suo supporto. Poco dopo i medici riaprono la porta della stanza, e la donna sentendo la voce del marito lo chiama intimandogli di non parlare di lei con altre persone. Lui le si riavvicina dapprima negando che stava parlando di lei e poi chiedendole di parlare con lo psicologo (indicando me). La donna risponde con aria seccata: "ho detto che non ci voglio parlare, basta!". La scena di questa sorta di principe azzurro preoccupato e premuroso insieme alle emozioni di pietà ed impotenza che mi sembrava di cogliere nei medici mi permettono di dire al simpatico imprenditore che sua moglie non vuol parlare con lo psicologo perché non vuol essere compatita, commiserata.

Queste parole mi permettono di entrare in sintonia con la donna e di avere un dialogo con lei, nel corso del quale marito e medici escono dalla stanza. Si dice pienamente d'accordo sul fatto di non voler essere trattata con pietà, mi dice che non può mica fare salti di gioia, che è normale essere un po' sotto tono in quel contesto. Non ama condividere il bagno con altri pazienti, odia sentire lamenti..., ha delle difficoltà ma non capisce come mai le vogliano stare tutti addosso. Dico alla paziente che aveva capito bene quando pensava che il marito stesse parlando di lei con me. Ma le spiego che stava parlando con me della sua enorme difficoltà ed impotenza rispetto al rapportarsi con lei negli ultimi tempi. La paziente risponde che il marito è molto pesante e che lei ha bisogno di avere intorno persone che le diano serenità, lui le mette ansia. Il nostro colloquio continua diversi minuti in cui mi parla anche del suo lavoro, dei posti che ha visto nei suoi numerosi viaggi. Ci salutiamo, saluto anche il marito e vado via pensando che la paziente aveva voglia di parlare eccome!

Depressione ed ostilità risultano in questo caso espressione di lucida e profonda sofferenza, e allo stesso tempo appaiono non in sintonia con l'idea di cura sostenuta da medici e familiari. In questa situazione trovare un accesso alla comunicazione con la paziente consente di ristabilire degli equilibri nelle relazioni.

#### *Occuparsi di rapporti*

Torniamo al problema cui avevo accennato precedentemente, ovvero in che modo l'intervento psicologico in un'organizzazione possa tenere insieme le molte componenti del contesto, che ho riassunto in Ospedale, sofferenza, psicologia. Gli incontri con i pazienti di cui ho appena detto possono venire trattati come problemi del singolo, dunque l'intervento psicologico può avere come obiettivo principale il supporto del paziente triste che non parla, gestire l'ansia della paziente che non vuole il farmaco, oppure cercare di convincere la "paziente ostile" a parlare con lo psicologo.

Un aspetto centrale che ha reso possibile l'intervento psicologico nelle tre situazioni sopra descritte è stato quello di porsi nella condizione di chiedere all'altro che succede, come sta, se ha qualcosa da dire o meno. Azioni semplici e sicuramente poco riconoscibili dall'esterno (di sicuro meno di un colloquio di cinquanta minuti in una stanza), ma dotate di grande impatto ed efficacia. Sono azioni che comportano il rinunciare, da parte dello psicologo, a voler condurre il problema del paziente o dell'équipe in contenitori creati a prescindere dal problema, a voler fornire risposte prima ancora di conoscere, a voler modificare a tutti i costi una condizione che si è stabilito essere patologica o dannosa (esser tristi, rinunciatari, ostili, angosciati). Cogliere gli aspetti simbolici delle dispercezioni, ovvero cogliere che le istanze minacciose e rassicuranti fossero connotazioni emozionali dei rapporti della paziente del *canone marone* è tanto importante quanto la condivisione di tale lettura con l'équipe del reparto. Il grosso cane marrone seduto placidamente di fianco al letto potrebbe essere il marito della paziente (sempre presente e premuroso), oppure lo stesso psicologo a cui racconta l'episodio delle allucinazioni? Condividere con l'équipe quell'episodio, la possibilità di considerare un piano simbolico (il solo fatto che questo livello del rapporto medico-paziente possa esistere), fare ipotesi sul modo in cui il sintomo psichiatrico parli dei rapporti che la paziente vive, ha reso trattabili le angosce della donna, ha prodotto la sospensione del sedativo o quantomeno la possibilità di negoziarne l'utilizzo con la diretta interessata. Lo stesso discorso vale per la paura di essere privata di un "bene prezioso" evocato dalla "paziente ostile" quando mi parlava del fatto di scoprirsi per la prima volta in vita sua

preoccupata che qualcuno rubi la costosa automobile di famiglia o che dei ladri si introducano in casa. Individuare gli aspetti simbolici, occuparsene con il paziente e connetterli alla relazione con l'équipe permette di tenere quest'ultima nell'intervento psicologico.

Infatti l'équipe nel segnalare un problema rispetto alle condizioni psicologiche di un paziente si fa essa stessa portatrice di una questione problematica tutt'altro che semplice da trattare. Si potrebbe quindi centrare l'intervento sulla proposta di un lavoro psicoterapeutico o se si vuole di consulenza rivolto a medici e paramedici. In altri termini torniamo al "mi occupo dei pazienti oppure dei medici", ed alla fantasia che essi incarnino questioni scisse, cose separate. Oppure alla fatica di affermare, scoprire o imporre all'altro chi sia il depositario di problematiche entro un contesto. Nel mio lavoro ho potuto sperimentare come, nonostante l'eventuale richiesta di consulenza sia a carico del singolo, può risultare utile per il reparto considerarla un problema di un rapporto. La paziente ostile, la donna che non vuole il farmaco, l'uomo depresso possono essere visti anche come problemi espressi entro il reparto, con il quale il reparto inevitabilmente interagisce. Esplorare quei problemi vuol dire occuparsi innanzitutto del reparto nel suo complesso. Prendiamo il caso della paziente che rifiuta i sedativi pur dichiarandosi angosciata. In questo caso la dimensione di rapporto maggiormente problematica è quella tra paziente e medico. Lo psicologo accoglie e traduce ai medici i problemi portati dalla paziente e ciò permette di riorganizzare, sebbene entro certi limiti, le modalità di risposta rispetto all'angoscia di morte per soffocamento della signora.

Vediamo ora il vertice del rapporto tra pazienti e psicologo. La "paziente ostile" si dichiarava contraria alla proposta di parlare con uno psicologo, ma ciò non voleva dire che non sentiva di aver dei problemi. E soprattutto ciò non vuol dire che i problemi che la donna aveva fossero individuabili da chi gli stava intorno a prescindere da cosa avesse da dire. È stata la possibilità di uscire dalla scontatezza della compassione e del "sostegno morale" che ha permesso allo psicologo e alla paziente di entrare in rapporto e parlare di problemi. Aggiungo che dopo quel primo incontro la signora ha fatto in modo di ritagliarsi del tempo per parlare con lo psicologo durante ogni giro visita per tutta la durata del ricovero. Mi è sembrato tra l'altro che tale elemento facesse sentire molto sollevati sia familiari che équipe.

Si sente dire a volte come il medico provi a lavarsi le mani del rapporto col paziente richiedendo la consulenza dello psicologo. Certo il rischio c'è, ma è il modo di trattare la domanda/problema che differenzia l'adesione a quelli che alcuni chiamano delega, dall'intervento psicologico clinico. Ad esempio attraverso un'operazione di restituzione, il ricavarsi uno spazio per dare senso alla situazione critica incontrata in reparto. Riprendendo il caso della "paziente ostile", credo che un momento fondamentale dell'intervento siano stati i minuti che mi sono preso con l'équipe oncologica in cui provavo a dar senso alla presunta ostilità della paziente, spiegando quello che a mio modo di vedere era successo quando ad esempio le si era proposta una consulenza psicologica.

La stessa attenzione merita il rapporto tra me e la committenza dell'UOP. Come fare a tenere insieme il lavoro che faccio in Oncologia con l'UOP? Semplicemente tenendo insieme il mio lavoro con l'UOP! Le attività che svolgo nel mio tirocinio sono soprattutto all'interno di una cornice di interfaccia tra le due unità. Questa funzione di interfaccia può essere utilizzata come strumento di scambio, inteso come possibilità di parlarsi, di individuare problemi, di pensare le domande, di costruire obiettivi assieme, di verifica sul lavoro svolto con i pazienti.

Tempo fa, leggendo un libro che parla dei poster di propaganda della Cina comunista, mi trovo di fronte un'immagine in cui sono raffigurati Mao Tse Tung ed un funzionario del partito. I due personaggi sono sorridenti e mostrano un atteggiamento di fiducia ed intesa. La figura ha il titolo "Se te ne occupi tu allora mi si solleva il cuore". Ho sorriso pensando come questo poster possa essere collegato alle questioni di cui mi occupo nel reparto di Oncologia. Ipotizzo che una domanda fatta allo psicologo in un servizio non sia in sé delegante o competente, ma piuttosto ritengo che sia l'intervento stesso, ove sia possibile, a dare significato alla domanda posta inizialmente. "Se te ne occupi tu allora mi si solleva il cuore", è molto diverso da "Occupatene tu che a me non importa un tubo". E forse ciò che trasforma l'una nell'altra frase sta nel modo in cui lo psicologo tratta le domande intercettate.

*Bibliografia:*

Carli, R., & Paniccia, R.M.(2003). *Analisi della Domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M.(2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.