

Contributo Seminario Psicoanalisi in Sanità

La verifica di un intervento psicoanalitico entro una U.O.C. di Oncologia

Sara Ceccacci, Elettra Possidoni

Resocontiamo un intervento che abbiamo sviluppato come tirocinanti della U.O.C. Prevenzione Sicurezza e Risk Management del Presidio Ospedaliero San Filippo Neri con la Dott.ssa Elisabetta Atzori. Vorremmo focalizzarci sulla verifica dell'intervento psicologico realizzato entro la U.O.C. Oncologia e sugli strumenti utilizzati a partire da un'ipotesi metodologica controculturale: la rinuncia al potere tecnico volto a riprodurre la cultura medica che cura/corregge l'individuo, per occuparsi dei vissuti evocati dall'incontro con il contesto sanitario che organizzano i rapporti tra pazienti e personale sanitario. Il nostro tirocinio è durato due anni, da Aprile 2016 a Maggio 2018, ed è cominciato a partire dalla richiesta del primario della U.O.C. Oncologia di "psiconcologi", che insegnassero ai medici a comunicare correttamente con i pazienti. La psiconcologia ha l'obiettivo di valutare il disagio emozionale causato dall'evento traumatizzante della malattia per attivare percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione. La valutazione delle risposte adattive nei confronti degli eventi stressanti e i protocolli sulla comunicazione (laddove per comunicazione si intende un insieme di comportamenti del professionista che possono essere osservati, registrati, codificati, misurati e insegnati) fanno riferimento al modello medico di diagnosi e cura. Modello che funziona sul presupposto che il contesto sia invariante e che le tecniche possano riprodursi indipendentemente da esso.

Non colludere con l'attesa di essere esperte sulla comunicazione con il malato oncologico a prescindere dal contesto, ci ha permesso di proporre un'iniziale esplorazione attraverso l'affiancamento di noi tirocinanti all'attività medica e infermieristica nei diversi servizi della U.O.C.: Ambulatorio, Day Hospital e Reparto, con l'obiettivo di cogliere e trattare le domande che sarebbero emerse. Questa attività si è integrata a degli incontri di formazione con gli operatori sanitari, in cui confrontarsi sui problemi vissuti nell'azione lavorativa e nel rapporto con i pazienti.

La richiesta di un tecnico della comunicazione era indizio di una difficoltà di rapporto con pazienti e familiari che si confrontano con una malattia difficile e a volte incurabile, in cui la variabilità, la fallibilità e la tossicità delle terapie mettono in crisi il potere della tecnica medica e non permettono di costruire un rapporto di affidabilità e dipendenza con il paziente. L'affiancamento e il sostegno del rapporto tra operatori sanitari, pazienti e famiglie in momenti critici quali la comunicazione della diagnosi, delle disfunzioni organizzative e della progressione di malattia con conseguente invio in hospice, ci ha permesso di costruire, col tempo, un rapporto di fiducia con il personale sanitario. Abbiamo condiviso con loro la frustrazione relativa al divario tra la speranza di curare e di essere curati e la presenza di una malattia grave e di terapie necessarie e dannose insieme.

Siamo potuti passare dalle fantasie di delega a noi psicologhe della comunicazione difficile da dare al paziente, allo sviluppo di un rapporto di collaborazione orientato all'obiettivo di prendersi cura, insieme, della relazione tra servizio, pazienti e familiari. A marzo 2017 è cambiata la direzione della U.O.C. e questo evento critico ci ha permesso di

resocontare al nuovo primario l'intervento sviluppato fino a quel momento. Resocontare ha significato costruire committenza con il nuovo direttore, il quale ci ha chiesto di incentrare il lavoro sul processo di diagnosi delle prime visite ambulatoriali e sulla fine dei trattamenti e il conseguente invio in hospice entro il reparto. Ci ha chiesto anche di verificare l'intervento per comunicare alla Direzione l'importanza di avere psicologi "in pianta stabile" e per garantire un servizio di qualità.

Abbiamo costruito due strumenti che ci permettessero di lasciare traccia dell'intervento e di verificarlo.

1. Le **schede sull'interazione paziente-operatori**, distinte in due paragrafi: uno dedicato agli eventi critici trattati e l'altro allo sviluppo del rapporto col servizio, che resocontavano sinteticamente l'intervento realizzato in collaborazione con gli operatori sanitari, e che venivano inserite nella cartella clinica del paziente. L'utilizzo di queste schede negli incontri di formazione ha permesso di focalizzare più chiaramente il nostro metodo di lavoro e di condividerlo con l'equipe.

2. Con l'aiuto dei professori Carli e Paniccia, abbiamo sviluppato l'ipotesi che l'aggressività che organizza i rapporti della U.O.C. Oncologia riguarda i modi con cui chi condivide quel contesto direziona la frustrazione evocata dai costanti eventi critici con cui ci si confronta. Il **test di Rosenzweig** che abbiamo costruito seguendo questa ipotesi riproduce situazioni di comunicazione tra medico e paziente in cui, alternativamente, il paziente propone situazioni frustranti per il medico e viceversa. Le situazioni delle tavole sono state costruite sulla base della nostra esperienza nel servizio. Abbiamo chiesto agli oncologi di rispondere mettendosi sia nei panni del medico frustrato che del paziente frustrato. Le risposte sono state siglate in base alla direzione dell'aggressività, che può essere diretta verso l'esterno (eteropunitività - E), verso sé stessi (intrapunitività - I) oppure può essere evitata (non punitività - M).

Nell'incontro conclusivo dell'intervento abbiamo presentato i risultati del test sottolineandone il legame col funzionamento organizzativo e proponendo due ipotesi centrali. I medici si rappresentano un paziente molto aggressivo, che lo incolpa delle disfunzioni organizzative e del cattivo andamento delle cure; mentre, in situazioni frustranti sono capaci di farsi carico di tali problematiche e si auto-colpevolizzano. Quest'ultima potrebbe essere una risposta adattiva funzionale a stabilire un rapporto di fiducia con il paziente e a proporre un'identificazione con l'istituzione ospedaliera e con l'equipe dei medici.

Siamo riusciti a parlare di comunicazione fornendo criteri utili a leggere gli eventi critici (che i medici hanno cominciato a utilizzare) per costruire modalità di rapporto funzionali a quello specifico gruppo e in quel contesto. La centratura sulle disfunzioni organizzative (molte delle tavole frustranti si riferivano a ritardi o a problemi organizzativi) ci ha permesso di parlare della complessità dei vissuti sperimentati: fallibilità, impotenza e frustrazione diventano insostenibili, se l'attività lavorativa non viene accompagnata da un'elevata efficienza organizzativa.

I prodotti di questo intervento sono stati verificati e condivisi, ma la richiesta del primario di sviluppare questo progetto in un servizio ha incontrato la difficoltà di reperire le risorse finanziarie necessarie. Ci chiediamo se tale difficoltà sia un fatto o se sia l'agito del vissuto di impotenza che attraversa il contesto sanitario.

