

The Operative Unit of Clinical Psychology of a Hospital. Analysis of four clinical cases

Rossella Assante del Leccese

Abstract

The paper present a clinical reflection regarding the acting out in organizational setting as collusive phantasies shared in the same cultural context between users, psychologists and hospital. After an introduction on the historical and contextual elements, four clinical cases in a Unit of Clinical Psychology of an Italian Hospital are presented and discussed. The first two cases are inherent psychotherapeutic demands, the others, instead, on psycho-diagnostic testing.

The aim of the professional work is to emphasize -through a psychoanalytical reflection on clinical experience-the importance of the psychological clinical study, related to the analysis of the symbolizations of the context, with the aim of understand the demands of the consumers to the hospital psychologist and how the consumer, in this historic moment, go to hospital essentially to act his own emotionality, in a collusive pact with the cultural system.

Keywords: operative unit; psychotherapy; diagnosis; organizational acting-out; defensive medicine.

· Clinical psychology, specialized in Psychoanalytical Psychotherapy. Clinical psychological intervention and analysis of the demand. SPS, Rome. Email: r_assante@hotmail.com

Assante Del Leccese, R. (2017). L'Unità Operativa di Psicologia Clinica di un Ospedale. Analisi di quattro situazioni cliniche [The Operative Unit of Clinical Psychology of a Hospital. Analysis of four clinical cases]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-39. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

L'Unità Operativa di Psicologia Clinica di un Ospedale. Analisi di quattro situazioni cliniche

Rossella Assante del Leccese

Abstract

Il lavoro propone una riflessione sulla funzione degli agiti istituzionali, intesi quali fantasie collusive, condivise entro uno stesso contesto culturale, che muovono l'incontro tra utenza, operatore psicologo e sistema ospedaliero; dopo una introduzione storica e di contesto, vengono resocontate quattro situazioni cliniche, realizzate in una Unità Operativa di un ospedale italiano. Le prime due a partire da domande di psicoterapia, le altre di somministrazione psicodiagnostica. Obiettivo del lavoro è evidenziare, tramite una riflessione psicoanaliticamente orientata sull'esperienza, l'importanza nel lavoro psicologico clinico dell'analisi delle simbolizzazioni affettive del contesto al fine di cogliere la domanda dell'utenza al servizio sanitario, a partire da una richiesta di agire l'emozionalità, piuttosto che comprenderla, dentro un patto collusivo con lo stesso sistema.

Parole chiave: unità operativa; psicoterapia; diagnosi; agito istituzionale; medicina difensiva.

· Psicologa clinica, specialista in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda presso SPS, Roma. Email: r_assante@hotmail.com

Assante Del Leccese, R. (2017). L'Unità Operativa di Psicologia Clinica di un Ospedale. Analisi di quattro situazioni cliniche [The Operative Unit of Clinical Psychology of a Hospital. Analysis of four clinical cases]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-39. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Analisi della domanda. Con ciò si intende una pratica di intervento, non necessariamente "terapeutica", fondata sull'analisi della dinamica istituzionale agita dall'utente che richiede l'intervento stesso.
(Carli, 1993)

L'umanizzazione delle cure e la nascita delle Unità Operative di psicologia clinica

Le Unità Operative di psicologia clinica, proprie dei contesti ospedalieri, nascono negli anni Novanta, insieme con la promozione della presenza della psicologia negli ospedali, sulla base di una mission ben precisa, l'umanizzazione delle cure sanitarie. Per "umanizzazione" s'intende quel processo in cui si pone il malato al centro della cura, segnando il passaggio da una concezione dello stesso da mero portatore di una patologia, ad una persona con i sentimenti, le conoscenze, le credenze rispetto al proprio stato di salute e la sua esperienza di malattia (www.agenas.it). Nell'ambito sanitario il termine "umanizzazione" assume un significato molteplice, che può essere tradotto con i concetti di "accoglienza", "ospitalità", "comprensione", "informazione", come l'insieme dei comportamenti acquisiti e fatti propri dal sistema sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono, senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali. Anche i processi decisionali e la definizione di strategie organizzative ospedaliere devono ruotare attorno al paziente nel rispetto della sua dignità e della qualità della vita (Rassu, Manca, Pintus & Cigni, 2001).

Già verso la fine degli anni Quaranta si comincia a parlare dell'importanza della formazione alla relazione medico-paziente ai fini della cura. Un medico ungherese, Balint, insieme alla moglie, è chiamato dal Ministero della Sanità inglese per formare dei medici di famiglia a tale finalità. La personalità del medico, sostiene Balint, è il farmaco più importante, ma di ciò gli stessi medici fanno poco, essendo l'approccio tradizionale della medicina basato sulla cura dei sintomi e della malattia e non sulla relazione medico-paziente. Comprendere il paziente come persona e mostrare empatia nei suoi confronti, tutto questo ha di per sé valore terapeutico: questo l'assioma che guida il "gruppo Balint" (Balint, 1957/1961).

Qualche decennio dopo, intorno alla fine degli anni Ottanta, viene data importanza alla narrazione circa il vissuto di malattia con la NBM (Narrative Based Medicine), allo stesso modo dei segni e dei sintomi clinici della EBM (Evidence Based Medicine), ossia quella prassi medica ove la decisione clinica viene fondata sugli esiti delle ricerche mediche più accreditate. Nasce così la medicina narrativa:

un modello empatico in grado di favorire un'elevata aderenza al trattamento nel paziente e di offrire all'operatore una metodica per la rilevazione del vissuto soggettivo di malattia. La medicina narrativa arricchisce le cure attraverso l'attenzione e l'utilizzo, anche in senso terapeutico, dei racconti dei pazienti, dei medici, degli infermieri e di quanti operano nel sistema sanitario, valorizzando in particolare la prospettiva e la visione della malattia del soggetto e dei suoi familiari (www.medicinanarrativa.it).

Nei primi anni Novanta, il SSN introduce il concetto di "umanizzazione dell'assistenza" con gli articoli 4 e 14 del Dlgs 502/92, facendosi promotore di un approccio interdisciplinare bio-psico-sociale. Già negli anni Settanta, nella società civile, con la nascita a Roma del Movimento Federativo Democratico, oggi Cittadinanzattiva, si era iniziato a riflettere sulla condizione del malato, che soffre sia per la malattia che per le disfunzioni del sistema sanitario. Parallelamente alla messa in discussione del potere nelle sue varie forme, dalla Chiesa con il referendum sul divorzio o sull'aborto, all'azienda con lo Statuto di lavoratori, anche il potere medico era stato posto sotto la lente di ingrandimento, nei termini del suo rapporto con il cittadino malato. Da quel momento si sono susseguite tutta una serie di iniziative, volte a occuparsi delle inutili sofferenze dei malati negli ospedali. Nel 1980 c'è la prima "Carta dei 33 diritti del cittadino malato"; nel 1996 nasce il Pit Salute, il servizio di informazione, consulenza e assistenza per i cittadini alle prese con i problemi della sanità, fino ad arrivare al 2002 con la presentazione a Bruxelles della Carta europea dei diritti del malato, frutto del lavoro comune con delle organizzazioni civiche di undici paesi europei.

La relazione tra malato e sistema sanitario in pochi anni cambia profondamente. Il malato non è più la persona sola in balia di un sistema che, per il suo bene, ha un potere pressoché assoluto su di lui. Diventa cittadino, con doveri e diritti eguali a quelli dei cittadini che svolgono la professione sanitaria (Carli, 2015). Le Unità Operative nascono quindi su un mandato sociale più sensibile alla relazione medico-paziente e al contesto di vita di quest'ultimo. La preoccupazione volta a "umanizzare" la medicina, la propensione a

migliorare la relazione tra medico e paziente, nascono dal rilievo di quanto sia problematicamente “violenta” la relazione sanitaria. Molti sono stati i dibattiti intorno a tale questione, anche se molto spesso trattata in modo valoriale e di cortesia verso il paziente e i suoi familiari.

La promozione di valori proattivi, il miglioramento nell’attenzione al paziente da parte dei sanitari, tutto questo sembra scontatamente utile e desiderabile. Questa scontatezza, d’altro canto, ignora la domanda del paziente. Competenza scientifica e competenza relazionale vengono perseguite come dimensioni valoriali scontatamente desiderabili, indipendentemente dalla domanda dei pazienti e dalla cultura del sistema sanitario entro cui scientificità e empatia debbono svilupparsi. Aggiungiamo: indipendentemente dall’evoluzione del sistema sanitario e dalle sue profonde differenze nelle diverse aree del mondo. (Carli, Panizza, Caputo et al., 2016, p. 27).

Dalla legge Basaglia alla proletarizzazione della psicoterapia

Negli anni Ottanta, il decennio precedente il Dlgs 502/92 sull'umanizzazione delle cure, si creano i DSM, i Dipartimenti di Salute Mentale successivi alla legge 180 del 1979, ossia alla chiusura delle strutture manicomiali ad opera dei movimenti basagliani volti al reinserimento dei malati psichiatrici nella vita sociale. Sul territorio nazionale, in modo pressoché capillare, si organizzano servizi territoriali che provvedano ai suddetti inserimenti, evitando situazioni critiche e l'utilizzo di TSO (trattamenti sanitari obbligatori), vissuti come fallimentari della politica che si stava portando avanti. La difficoltà di sostenere un tale progetto ha fatto sì che i DSM allentassero man mano il loro lavoro sul territorio con i malati psichiatrici e si facessero carico anche di una nuova domanda, non necessariamente psichiatrica e inquadrabile diagnosticamente, e neanche ricollocabile entro una precisa tecnica psicoterapeutica. Carli (2014) fa notare come sia una nuova utenza, che si aspetta un aiuto per le problematiche più diverse, ma viene ascoltata essenzialmente per i suoi sintomi d'ansia, e inizialmente la psicoterapia ha una funzione sostitutiva o integrativa dell'assunzione degli psicofarmaci. Tali forme sono spesso definite, in modo generico, disturbi emotivi comuni. Solo successivamente si riesce ad accogliere le diverse problematiche esistenziali portate dall'utenza, spesso di un livello socio economico medio basso. Dagli anni Novanta il fenomeno della psicoterapia pubblica si estende a strati sempre più ampi della popolazione, per cui si inizia a parlare di una proletarizzazione della psicoterapia. Scrive Renzo Carli (2014, p. 2):

Si dà il via proprio in quegli anni ad un ampliamento dell'area psicoterapeutica, si ritorna a definire come psicoterapia ogni intervento psicologico fondato sull'uso della parola e della relazione praticato nei più differenti contesti, dalla scuola, ai servizi per la disabilità, dalle carceri agli ospedali, dalle aziende ai servizi per i quartieri, per le associazioni per gli anziani. Nel giro di trent'anni la psicoterapia si diffonde enormemente nel nostro paese e assume forme di erogazione più pubbliche che private e organizzate intorno ai problemi delle persone piuttosto che in modalità ortodossa di applicazione di tecniche definite.

Dagli anni Novanta, sulla spinta di tali cambi culturali, anche le Unità Operative di psicologia clinica negli ospedali si pongono come obiettivo quello di fornire una prestazione psicoterapeutica a una larga fascia di popolazione, esclusa fino ad allora anche per gli alti costi dello studio privato. La psicoterapia diviene così una delle prestazioni di un servizio pubblico sanitario (Carbone, 2014).

La mia esperienza formativa nell'U. O. di psicologia clinica

L'Unità Operativa di psicologia clinica nella quale ho svolto il mio tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica nasce intorno alla metà degli anni Ottanta. Si articola in tre aree di lavoro: clinica, di ricerca e di formazione; ha una funzione trasversale rispetto ai diversi reparti ospedalieri, e dipende dalla Direzione Sanitaria. Ha quattro operatori strutturati, di cui uno è il coordinatore, due consulenti esterni e un numero, variabile nel tempo, di tirocinanti post laurea e specializzandi psicoterapeuti, provenienti da diverse scuole psicoterapeutiche.

Da subito vivo l'Unità Operativa come un luogo protetto e mi pongo come un "cane sciolto", entro una fantasia di sperimentazione clinica in cui il contesto fa da sfondo. Solo successivamente, con fatica, coglierò il funzionamento organizzativo del contesto e la collusione che lo tiene in piedi. Vivo così una prima fase di identificazione con l'Unità Operativa, di appartenenza tout court; mi assimilo al contesto. L'emozionalità è di partecipare a un gruppo che risponde a un'utenza che si rivolge a un servizio di psicologia clinica proprio di una struttura ospedaliera con il vissuto di dare risposte, non di costruire committenze. A volte, il vissuto è

solo quello di esserci, di fronte a delle richieste dilaganti e angosciose. L'Unità Operativa, nel mio vissuto, "deve essere pronta a tutto", di fronte alle richieste non può esimersi dal rispondere in qualche modo. In questa prima fase di identificazione agita con l'Unità Operativa, mi perdo la committenza della scuola di specializzazione per la quale sono lì, ovvero perdo la traiettoria della mia formazione; in una fantasia di stare dentro o stare fuori totalizzante, decido di stare dentro, ovvero di non pensare il contesto. Vivere l'esperienza di tirocinio come "un'isola felice", anche perché scissa dal contesto scuola dal quale origina. Tuttavia sento la difficoltà di tenere insieme il pensiero e prassi clinici. Dopo questa "sbronza" emozionale, recupero ipotesi sulle simbolizzazioni emozionali di quel contesto ospedaliero e la possibilità di dargli forma intellegibile, utile peraltro nel rapporto con l'utenza, con i membri dell'Unità Operativa e i vari reparti, e utilizzo la mia esperienza di tirocinio per esplorare la cultura locale, ossia il processo collusivo proprio di quel contesto e dell'utenza (Carli & Paniccia, 2002). Esploro il vissuto con cui gli utenti arrivano al servizio, soprattutto quando chiedono una psicoterapia, e quale tipo di risposta propone l'UO.

La cultura locale degli utenti della sanità

Le domande di cui si occupa l'U.O. di psicologia clinica provengono da diversi canali: dai pazienti ricoverati in ospedale o dai loro familiari, dai medici della struttura, da utenti esterni; arrivano su invio, dai reparti, dalle Asl, dai medici di famiglia, spontaneamente; le richieste riguardano l'ambito della psicoterapia o della valutazione, sia psicodiagnostica che neurocognitiva. Dall'ambulatorio di psichiatria arrivano molti invii per la somministrazione di test psicodiagnostici inseriti in procedure legali, come invalidità civile e rinnovo della patente.

Il mio interesse principale nel tirocinio è consistito nel cercare di comprendere le attese dell'utenza e il motivo per cui ci si orienta verso un servizio psicologico di una struttura ospedaliera, quale simbolizzazione emozionale¹ sottenda tale scelta. Mi sono chiesta in particolar modo quali aspettative e fantasie avesse chi faceva richiesta di psicoterapia.

Per affrontare questi interrogativi va colto il rapporto che si instaura tra utenza e servizi sanitari ospedalieri. Alla sua base c'è la relazione medico-paziente, fondata su di un patto collusivo forte, dove il paziente è massimamente dipendente dal medico che agisce per il suo bene (Carli & Paniccia, 2011). Paziente, da *patior*, è colui che è passivo, che soffre della dipendenza funzionale alla terapia; dipendenza reversibile una volta guarito dalla malattia. Tale dipendenza si realizza nella totale conformità alle regole e alle logiche ospedaliere, che fanno del sistema medico un sistema chiuso, autoriferito, tenuto al riparo da "turbamenti esterni", ossia dalla realtà sociale del paziente come le sue abitudini di vita, i suoi affetti. Facendo riferimento a una ricerca sul rapporto tra ospedale e territorio (Carli, Paniccia, Caputo, Dolcetti et al., 2016), è possibile cogliere come in questi ultimi trent'anni gli utenti e i loro familiari abbiano mutato atteggiamento nei confronti del servizio sanitario; sono meno acriticamente dipendenti da esso, più diffidenti e meno disposti ad accettare passivamente qualsiasi condizione. Uno dei nodi problematici evidenziati dalla ricerca riguarda lo scarto tra domanda del paziente e risposta medica: gli utenti che si recano in ospedale hanno un sentimento di emarginazione che connota il sentirsi malato, oltre quello di sofferenza rispetto alla malattia. Tra l'altro, è questa sofferenza, come scrive Canguilhem (1966/1998), che attribuisce loro lo status di malato. Gli utenti chiedono una presa in carico, non solo della malattia, ma anche della loro sofferenza. Vivono entrambe le richieste come un diritto², come compiti inscindibili del sistema sanitario, che però non è in grado di occuparsi di tale soggettività malata, ma chiede alleanza per combattere il male. "È sulla risposta a questa duplice domanda che si misura il sistema sanitario, ed è sull'inadempienza alla seconda che si fonda l'attuale conflitto tra sistema sanitario e utenza." (Carli, Paniccia & Caputo, 2016, p. 56). La ricerca evidenzia come anche i medici di medicina generale si sentano impotenti nell'intervenire, avendo perso il rapporto di fiducia medico-paziente, fondante la collusione utile al loro operato.

Per tali motivi spesso subentrano dinamiche di controllo dell'operato del medico, coinvolgendo l'ambito giuridico al fine di dirimere le controversie. Nasce così la medicina difensiva, fondata sulla mancanza di

¹ Per simbolizzazione emozionale del contesto, si intende quel processo di trasformazione emozionale degli "oggetti" incontrati nella realtà, o se si vuole della relazione oggettuale, che fonda la nozione di inconscio inteso come modo di essere della mente (Matte Blanco, 1975/1981); modo che non caratterizza il singolo individuo ma tutti coloro che simbolizzano affettivamente aspetti del contesto condiviso. Per un approfondimento: Carli, 1990.

² L'articolo 32 della Costituzione italiana tutela il diritto alla salute. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

riconoscimento del potere medico, e derivante dalla messa in discussione della sua competenza professionale. Un altro motivo del cambiamento nel rapporto tra utenti e sanitari va ricercato nel processo di aziendalizzazione del sistema sanitario, ossia nel passaggio da una sanità senza limiti di spesa, dedicata esclusivamente al bene del paziente, ad una sanità vincolata ai limiti dell'efficienza e dell'efficacia, e alle dinamiche diffidenti conseguenti.

La domanda dell'utenza dell'U.O. di psicologia clinica

Tenendo presente il contesto culturale di cui sopra, aggiungiamo che spesso chi chiede di fare una psicoterapia arriva al servizio all'Unità Operativa di psicologia clinica con una domanda di sanitarizzazione della propria emozionalità. Il proprio vissuto, avvertito come problematico, viene portato come equivalente all'assenza del silenzio degli organi.

Il mondo delle menti inconscie funziona entro attese di assenza di stimoli che richiedano o che rendano possibile un controllo della realtà esterna. In altri termini, le menti inconscie sono in relazione tra loro tramite la sostituzione della realtà esterna con la realtà interna; realtà interna fatta di simbolizzazioni emozionali, tutte in relazione tra loro. Questo mondo relazionale inconscio, in sintesi, funziona sull'assenza di ogni stimolazione "reale", entro una fusionalità complessa e per certi versi automatica. [...] Il problema che le persone portano allo psicologo, quel problema che è possibile evidenziare nell'analisi della domanda, è sempre definibile quale emozione associata a una "assenza di assenza". Il problema che porta dallo psicologo è, quindi, la conseguenza di un subitaneo ingresso della realtà esterna entro una dinamica collusiva fondata sull'assenza. Abbiamo chiamato questa dinamica di irruzione della realtà esterna entro una relazione collusiva, e vissuta "quale assenza di assenza": fallimento della collusione. (Carli 2015, p. 39)

Di fronte all'assenza di assenza, ossia al fallimento della collusione, le persone chiedono allo psicologo un ripristino dell'emozionalità fallita.

Con la domanda di intervento si tende, sistematicamente, a riprodurre i processi collusivi in crisi, nel tentativo di ripristinarli e consolidarli nel "nuovo" rapporto con lo psicologo, al quale si chiede quindi di assumere una forma sostitutiva di un ruolo o di una funzione che non è possibile più evocare nella propria relazione sociale usuale. La "domanda", quindi può essere intesa quale reazione difensiva al fallimento della collusione: reazione difensiva che comporta una negazione del fallimento collusivo ed un tentativo di riproduzione degli stessi modelli collusivi che non sono più possibili entro il proprio contesto sociale. (Carli, 1993, p. 34)

Nella psicoterapia in ambito ospedaliero, gli utenti chiedono un ripristino dei propri processi collusivi entro le categorie mediche della diagnosi, della prognosi e della cura. La richiesta di ristabilire la precedente condizione collusiva è di agirli come nel rapporto medico-paziente, totalizzante in questo contesto. Talvolta diventa difficile, se non impossibile, pensare con l'utente questa emozionalità, caratterizzata dalla fantasia dell'onnipotenza del potere medico di guarire e dalla dipendenza regressiva dei pazienti, ma anche dalla recente conflittualità di questi ultimi, per il non sentirsi visti nella loro soggettività.

L'accoglienza delle domande psicoterapeutiche e il rapporto con il contesto

Le richieste di psicoterapia arrivano al servizio da più canali; la loro accoglienza segue questa procedura: sia che la persona telefoni, sia si presenti fisicamente, uno psicologo compila una cartella con le sue generalità e "prende nota" della problematica portata; successivamente gli operatori si riuniscono per discutere le richieste e assegnare i casi. I criteri utilizzati per l'assegnazione vanno dalla peculiarità della domanda, all'equa distribuzione dei carichi di lavoro. In tale spazio talvolta si supervisionano le psicoterapie in corso. L'operatore che si fa carico di una richiesta lavora il più delle volte come se fosse in uno studio privato, ovvero restando entro la propria specifica tecnicità e mettendo a massa la rappresentazione emozionale che sia lui che l'utente hanno della struttura ospedaliera. Propongo un'alternativa, facendo riferimento al modello ISO, Individuo, Setting, Organizzazione, fondato sull'analisi della domanda, proposto da Renzo Carli (2015).

L'individuo parla allo psicologo della sua relazione con il contesto organizzativo. Lo psicologo parla all'individuo di quanto ha capito della relazione tra individuo e contesto. Ma lo psicologo è, a sua volta,

in una relazione ineliminabile con il contesto, e questa sua relazione parla dello psicologo all'individuo. Possiamo definire in tal modo il triangolo ora ricordato, un triangolo che mostra – di fatto – solo relazioni. In questa dinamica di relazioni, d'altro canto, va iscritto ciò che la psicoanalisi ci ha insegnato sul modo di essere inconscio della mente. Un modo di essere inconscio che non concepisce individui, ma modi d'essere inconsci ove la mente è "costruita" dalle relazioni simbolico affettive e si manifesta solo entro dinamiche relazionali simbolico affettive. (p. 38)

Trasformare il rapporto, da utente-ospedale-operatore a utente-operatore, propone un azzeramento degli aspetti contestuali; o meglio, si fa come se il contesto fosse al tempo stesso puro sfondo e una realtà "oggettiva", non una relazione collusivamente connotata da entrambi, operatore e utente. Se invece il contesto viene riconosciuto come collusivamente connotato entro la relazione operatore-utente, può divenire oggetto di analisi, parte intrinseca della soggettività che si analizza. Se perde il riferimento contestuale, l'operatore perde anche la propria funzione entro l'U.O., e non può che fare come se fosse in uno studio privato entro un rapporto duale. Senza un'analisi del contesto, i colloqui di accoglienza a volte rivelano l'agito di fantasie collusive sul contesto stesso; talvolta vengono chiamati colloqui di valutazione, e la prima conoscenza dell'utente si svolge come se quest'ultimo dovesse porsi in un modo da essere accettato dal servizio, entro una fantasia del tipo "va bene, non va bene". In altri termini, invece di convenire cosa si sta a fare lì, insieme, l'incontro può risolversi in una dinamica di assimilazione al contesto dell'utente; prima di lui, lo psicologo ha fatto la stessa cosa: assimilarsi acriticamente, come avevo fatto io nella prima fase del mio tirocinio.

Propongo ora quattro situazioni cliniche per approfondire queste ipotesi di lettura sulla relazione tra utente, servizio di psicologia clinica e sistema ospedaliero.

Il paziente oncologico

Spesso gli utenti arrivano all'Unità Operativa di psicologia clinica inviati dai reparti ospedalieri; la cultura fondante la richiesta è quella di una separazione mente-corpo: noi ci occupiamo del corpo, voi della mente quando questa si ribella in qualche modo alla cura. Gli invii informano della difficoltà della competenza medica a trattare il vissuto di malattia. Carli, Paniccia, Caputo, Dolcetti, Finore e al., (2016) scrivono:

Il vissuto di malattia, la soggettività dell'individuo nel suo viversi quale malato, non vengono presi in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco che definiscono la relazione tra malato e sistema sanitario stesso, inteso quest'ultimo in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o all'assistenza ospedaliera. (p. 39).

In questi invii c'è la "consegna" a occuparsi dell'emotività del paziente che sfugge al rapporto medico. È il caso di un paziente oncologico sottoposto a pesanti cure ormonali. La dottoressa che lo segue gli suggerisce di venire a parlare con noi. Siamo appena un piano sotto il loro. La contiguità caratterizza la domanda di quest'uomo; più volte, prima di venire agli incontri, fa un salto su per parlare con la dottoressa; mi chiede se la conosco, mi parla di lei. Questo è l'ospedale che gli salva la vita, visto che altri prima non hanno capito la sua situazione. Il primo contatto era stato telefonico: un'ora di pianto angoscioso con una collega; dopodiché mi chiedono di incontrarlo. Il paziente ha cinquant'anni; viene al servizio nel momento di rottura del rapporto con una donna, durato oltre dieci anni e molto importante per lui. A detta sua è stato lasciato nel momento più difficile della sua vita, quello della malattia. Racconta la disperazione dovuta alla malattia e alla separazione non voluta con questa donna, che dice di aver amato tanto, di averle dato tanto. Racconta anche vicende familiari infantili, delle quali non parlerà più per lungo tempo. Da bambino viene a sapere della doppia vita del padre, che aveva un'amante; ancora oggi tiene il segreto per proteggere la famiglia dal disfacimento; tutto questo al prezzo molto alto di essere cresciuto nella falsità. Il suo vissuto è di avere diritto a un risarcimento: dall'ex che lo ha abbandonato, dalla famiglia per il peso portato in tanti anni, per la sua malattia che lo costringe a cure pesanti e che ha cambiato i suoi rapporti, ad esempio con le donne, dovendo rinunciare alla sessualità seduttiva. Questa persona si pone così in una posizione di vittima sulla quale è difficile riflettere. Simmetricamente investe il sistema sanitario di aggressività, poiché lo "bombarda" di farmaci che lo hanno reso impotente. Del resto, è pur sempre lo stesso sistema sanitario che gli salva la vita. Ipotizzo che utilizzi la relazione con me per agire la reattività del suo sentirsi vittima, bonificando il rapporto con i medici del reparto oncologico dalla sua aggressività.

Uomo abile con le parole, di fronte a spunti di riflessione su quanto porta emozionalmente, passa dalla filosofia buddista a un netto "non sono d'accordo". È complesso, con lui, tenere il filo. È un continuo scivolare su due piani. Da un lato c'è il *mito dell'uomo malato* da risarcire, che va accudito e accolto senza

essere contraddetto, mito che fa sentire chi ascolta in colpa e impotente al tempo stesso. Dall'altro c'è *l'uomo sofferente*, che porta la sua soggettività, la storicità dei suoi vissuti. È complesso, ad esempio, provare a pensare che la malattia non sia la sola causa della separazione dalla compagna. Apriamo piste di lettura interessanti, ma poi si ritorna al punto di partenza. Così accade per lungo tempo anche nella nostra relazione, quando il pensiero non è tollerato. Mi vuole lì in ascolto, ubriacandomi di parole, eventi, chiacchiere tra seduzione e manipolazione, dove le emozioni sono sempre reazioni a fatti che subisce e non sono interpretabili come suoi vissuti. Nelle sue parole serpeggia una svalutazione del nostro rapporto, a volte neanche troppo sottile. Siamo in una relazione "di coppia" dove la dipendenza reciproca sembra l'unico prodotto. Salta un solo incontro, come ripicca per avergli cambiato il giorno.

Dopo un anno, a metà percorso, succede qualcosa; mi dice che sta guarendo: i valori delle sue indagini mediche rientrano nella norma. Esploriamo "felicitemente" nuove prospettive future, alla luce di questi diversi presupposti. Eppure nei successivi colloqui è sempre più nervoso, agitato, conflittuale. Racconta di liti in ufficio, con la sua attuale compagna, con il figlio. Sembra che non tolleri più nessuno, e che nessuno lo tolleri. Facciamo l'ipotesi che, abbandonato lo status di malato, debba fare i conti con i suoi contesti di vita, con le sue relazioni, lasciando la pretesa di essere compreso nella propria malattia. È un suo intento tornare alla ribalta: dalla pretesa di risarcimento a un'aggressività esplicita. Su questa ipotesi ci sta, la sente vera, la utilizza. Forse qui inizia a cogliere l'importanza di un pensiero sulle sue emozioni e di un rapporto come restituzione di senso. Il ventaglio delle sue posizioni relazionali si amplia: dall'essere contro o fare ciò che vuole l'altro, a incontrarsi per pensare su quanto accade. Un conclusivo ciclo di chemio sembra rimescolare i piani: appare un ritorno alla posizione di malato, ma la trattiamo come occasione per integrare il vissuto della malattia nel suo percorso di vita; la malattia può rappresentare l'interruzione di un modo di vivere che si pretende sempre uguale, fuori dal tempo. Per alcuni mesi è possibile ritrovarci su alcune riflessioni, stare sul prodotto della nostra relazione, pensare insieme. Inizia a frequentare un'altra donna, una vecchia conoscenza; dopo poco decidono di vivere insieme, anche con il figlio di lui. Si intravede la fine delle cure; quasi contestualmente l'uomo decide di chiudere il percorso psicoterapeutico con me. Condivido con lui l'ipotesi che questi incontri sembrano inestricabilmente collegati alla cura del "male", del suo cancro. Il processo di ospedalizzazione rimane il *file rouge* del nostro stare insieme. Chiudere con la psicoterapia significa chiudere con la malattia, definitivamente.

Riesco a capire perché all'inizio sia stato tanto difficile pensare l'emozionalità portata negli incontri. Mi chiedo: quest'uomo può cogliere attraverso la psicoterapia la sua emozione, o vuole agire il conflitto nei confronti del sistema sanitario, lasciando ospedale, psicoterapia e frustrazione in un insieme confuso? È pur vero che, nei due anni trascorsi insieme, è stato possibile il recupero della sua soggettività, quella stessa soggettività vissuta come un ingombro nella relazione medico-paziente.

La "psico-educazione" emozionale

Talvolta gli utenti scelgono di chiedere una psicoterapia all'U.O., tra tante altre possibilità. È ancora più interessante capire perché portano i loro problemi in una struttura ospedaliera, come la simbolizzano, cosa si aspettano.

Per individuare categorie di lettura possibili, resoconto il caso di un ragazzo che arriva con la fantasia di un potere medico onnipotente, capace di risolvere quasi magicamente i suoi vissuti di disagio. D'accordo con la madre, che fa un percorso psicoterapeutico con una collega del servizio, il ragazzo arriva in Unità Operativa come a prendere il suo posto, visto che di lì a poco la donna avrebbe concluso; è come se si infilasse in uno spazio "quasi uterino". Ha trent'anni, i lineamenti duri e lo sguardo dolce; l'abbigliamento è molto casual, quasi a non voler dimostrare la sua età. Dopo aver rinunciato all'università si iscrive a una scuola di musica, che però non lo aiuta a introdursi nel mondo del lavoro. Ha lavori precari, seppure frequenti. Lo incontro per circa un anno e mezzo. Alla domanda "perché lei è qui?", come se le avesse preparate e infiocchettate da tanto, dà tre risposte che si sommano. Si sente limitato nel dimostrare l'affetto verso la madre e la sorella, non trova una sua collocazione nel mondo, spesso si sente a disagio con gli altri. I problemi sono del tipo "io sono fatto così", acontestuali e generalizzabili; al tempo stesso si coglie l'attesa di una risposta certa e risolutiva. La fantasia di rapporto che propone, soprattutto nei primi incontri attraverso la descrizione dei "sintomi", è quella di una medicalizzazione di vissuti e comportamenti senza tempo e senza spazio, replicabili sempre e dovunque perché scollegati da ogni coordinata di contesto. Specie in alcuni momenti sento una forte tensione, probabilmente dovuta alla paura, o forse anche al desiderio, di cadere nella trappola della figura esperta. Il lavoro che facciamo è di riportare vissuti dentro la sua realtà – là e allora – e la nostra realtà – qui e ora. È un lavoro costante di recupero di coordinate di contesto, dove le emozioni iniziano a trovare un senso. Racconta la sua situazione attuale: dopo un paio di anni all'estero per motivi lavorativi e

sentimentali, tre anni fa torna a casa dai genitori, che però ha cambiato aspetto: non trova più la sua camera com'era. Si sente messo "all'angoletto". Riporta situazioni di conflittualità in cui si sente infantilizzato, oppure escluso. Racconta di quando aveva quattro anni; spesso di notte andava in giro per la casa, mentre gli altri dormivano, per assicurarsi della presenza della madre, con l'angoscia di non esistere se non attraverso il suo sguardo. La ricerca di visibilità si ripete nei suoi racconti e sembra riproponga la posizione di chi, entro una fantasia di invisibilità, chieda di essere visto. Riporta nei nostri incontri la fatica del separarsi, dell'individuarsi rispetto alla sua famiglia d'origine, a partire da un vissuto di assenza molto concreto, poco elaborato e poco simbolico. Sento di essere convocata come una figura materna sostitutiva, cui chiedere accettazione, presenza, visibilità, e al tempo stesso l'elaborazione dei suoi vissuti. Forse tutto questo è per lui la stessa cosa. Sente di essere in un "pantano", parola densa che parla del suo vivere nell'immobilità del non saper andare avanti e non voler tornare indietro. Pantano è la paura di individuarsi, ma anche di perseverare nella passività fatta di giornate sempre uguali, nella noia e nella rassicurazione che nulla cambi. Pantano è la trasformazione dei desideri in obblighi, non appena il confronto con i limiti di realtà diventa sconcertante le proprie pretese. Sento tutta la sua ambivalenza: prima il desiderio di comprendere i vissuti, collocandoli in una cornice di contesto più ampia, poi, un momento dopo, il sabotare questo desiderio facendo intendere che lui il pantano non lo avrebbe mai lasciato.

Dopo la pausa estiva sembra riorganizzato; è andato a vivere fuori casa e ha una relazione importante con una giovane donna, la stessa che poi l'aiuterà a studiare per il superamento di un concorso a cui tiene tanto, con ottimi risultati. Contestualmente nel rapporto con me il ragazzo inizia a essere meno implicato; mi chiede di vederlo ogni due settimane e sembra vivere gli incontri come degli aggiornamenti a una vecchia zia. Il Natale diventa l'occasione per parlare di relazioni obbligate; colgo che sta parlando del nostro rapporto. Riflettiamo sul concludere gli incontri o continuarli con un taglio diverso dagli aggiornamenti. Fa un parallelo che trovo molto puntuale: "Inizialmente lei mi ha dato la mano per attraversare sulle strisce pedonali, adesso attraverso da solo, lei mi aspetta dall'altro lato e poi le dico come è andata". Gli chiedo se sia possibile una terza modalità, mi dice che si potrebbe camminare insieme, fianco a fianco. Rimaniamo che se avesse voluto riprendere gli incontri dopo le vacanze, lo avremmo fatto provando questa terza modalità. Continuo a incontrarlo di quando in quando, con impegni lavorativi portati come difficoltà ad incontrarci, fino a saltare un appuntamento, l'ultimo.

Con una terminologia ospedaliera, direi che in questa relazione faccio da "stampella", aderendo a un suo desiderio di darmi una funzione sostitutiva della dipendenza dalla figura materna. A volte gli rimando questa ipotesi, altre volte ci sto, la utilizzo. Al tempo stesso, vivo questa relazione come un apprendimento a pensare emozioni. Nel momento di riorganizzarci in un assetto nuovo, il rapporto si allenta, fino ad una conclusione mai chiamata col suo nome.

Se il cambiamento è la sommatoria degli obiettivi raggiunti dalla persona, il ragazzo ne raggiunge molti: vivere da solo, avere una compagna stabile e un lavoro a tempo indeterminato. Il suo stile di vita si modifica secondo intenzionalità che dichiara e sostiene, in vario modo, negli incontri. Ma io continuo a chiedermi quale sia la processualità vera. La modalità linguistica con cui porta il suo mondo emozionale nel corso dei nostri colloqui si modifica, ed è questo che adesso utilizzo per una verifica dell'intervento: sempre più spesso compaiono parole come "io sento, io vivo", inizialmente assenti. Anche i modi della conversazione si modificano; abbandona il lanciare frasi aspettando risposta, ma sembra accompagnare le parole con il pensiero.

Possiamo dire che questo ragazzo si rivolge al sistema sanitario ospedaliero nell'idea di una medicalizzazione di vissuti e comportamenti, dove "io sono fatto così" è emblema di una resistenza a non voler leggere la propria emozionalità nella storicità contestuale dei rapporti. Del resto i sintomi delle malattie si riproducono in modo uguale a prescindere dai luoghi, dalle persone, dai contesti di vita e relazionali. Il ragazzo era arrivato con la fantasia di guarire, che qualcuno si occupasse per lui delle sue emozioni. Trasformava i vissuti in sintomi, curabili attraverso la riconduzione all'orthos con l'aiuto di un esperto, nell'ipotesi di una normalizzazione della sua emozionalità; ad esempio non era sano e normale non sentirsi a proprio agio con la propria madre.

Il test d'intelligenza

Gli utenti possono arrivare al servizio di psicologia clinica inviati dal reparto di psichiatria, quando le loro problematiche non sono inquadrabili nella nosografia psichiatrica. È il caso di una ragazza di venticinque anni che chiede di sottoporsi a dei test per verificare le sue capacità intellettive. Arriva con la zia, che parla della nipote come di una ragazza che mentalmente e per stile di vita non ricorda le coetanee; dice che ha un passato difficile, come orfana di madre e ospite per qualche anno in una casa famiglia gestita da suore. Solo

con il secondo matrimonio del padre la ragazza ritorna in famiglia; adesso ha una sorellastra e una matrigna. La zia aggiunge che, anche se con fatica, dovrebbe trovare "la propria strada". Parla al posto della nipote come rendendone evidenti i limiti intellettivi, giustificando così la richiesta dei test, il cui motivo per altro non è chiaro. La nipote sta al gioco; parla di sé come di una che non ce la fa; dice che vorrebbe essere autonoma, trovarsi un lavoro, ma non ne è capace. Con questa auto-insufficienza sembra tenere vincolato a sé l'intero gruppo familiare, con il quale confligge, in special modo con la matrigna. Provo a indagare, cercando di non colludere con questo atteggiamento dimesso; la ragazza racconta le sue goffaggini, come quando la matrigna la manda a fare la spesa e lei si confonde su piccoli semplici calcoli. Le chiedo se in questa goffaggine non c'entri il conflitto con la matrigna, visto che a questi eventi seguono puntualmente grossi litigi in famiglia. Chiedo cosa provi in queste situazioni conflittuali; dice di non essere contenta. Una negazione che afferma; alla mia domanda: "Neanche un po'?", sorride. Questa esibita limitatezza intellettuale viene portata come un fatto indiscutibile; la ragazza chiede insistentemente la certificazione. La pretesa di manipolare il servizio di psicologia mi ricorda come manipola umori e sentimenti nel suo nucleo familiare, ma su questo non sembra possibile un pensiero. Lei vuole certificare un danno mentale misurabile. Nell'U.O. si discute il caso, ma infine lo si inserisce nella procedura delle domande di diagnosi, delle quali non mi occupo. Comunque incontro la ragazza una seconda volta, come ci eravamo accordate nel primo colloquio; questa volta lei è da sola. Racconta con lucidità le vicende di famiglia, con rielaborazioni di vissuti propri e ipotesi su quelli degli altri. Anche il modo con cui padroneggia il linguaggio è discordante dall'immagine che propone di sé. Dice però che non sa se alcune informazioni siano vere o meno; fa l'esempio della sorella della madre morta in questo ospedale alla sua stessa età, per delle cause per lei non chiare. Mi chiedo perché venga qui, dove non hanno saputo curare la sorella della madre, sua figura di riferimento dopo la scomparsa di quest'ultima, a chiedere la certificazione di un danno mentale. Cosa chiede al sistema ospedaliero? Sembrerebbe voler invertire il rapporto medico-paziente: è l'utente, in questo caso, che prescrive al medico cosa fare. Dai test risulterà un'intelligenza nella norma, anche se nei valori più bassi, e una difficoltà di adattamento all'ambiente, per cui si suggerisce un percorso psicoterapeutico. Che non farà.

La reincontro dopo otto mesi; si è nuovamente rivolta alla psichiatria, che la rinvia al servizio di psicologia con la prescrizione di una terapia familiare. Insieme a una collega incontro la famiglia due volte, poi sparisce nel nulla. Gli incontri sembrano un processo; è sotto accusa il sistema sanitario incapace di tutelare i suoi utenti, dalla zia morta per una banale operazione, alla ragazza non presa in carico adeguatamente. Poi a essere messa sotto accusa è la ragazza, che da vittima diventa colpevole, nell'inchiudere tutta la famiglia in un continuo rimuginare su un passato che per diversi motivi è fastidioso per ciascuno. La ragazza sembra esprimere, per conto di tutti, la problematica familiare e appresentare un punto di equilibrio di questa famiglia, affaticata nel rielaborare la propria storia, nel pensarla, rimanendo imbrigliata in dinamiche senza prodotto.

La richiesta del certificato

Sempre più spesso arrivano richieste di certificazioni spendibili in diverse situazioni legali, sia per far valere dei diritti, che per accertare qualche idoneità. Pensiamo all'ottenere la patente di guida, il porto d'armi, l'idoneità genitoriale, l'invalidità civile, la riabilitazione al lavoro, l'accertamento del danno per mobbing, l'accedere a corsi universitari etc. Lo psichiatra fa la certificazione, lo psicologo i test opportuni per la sua produzione. Come trattare tali richieste è oggetto di ampie riflessioni nel servizio di psicologia. Si tratta di diagnosticare persone che, il più delle volte, giungono senza una loro domanda.

Penso a un quarantenne che, per accelerare i tempi di un processo in cui è imputato, chiede di certificare il suo malessere. È accusato di aver frodato lo Stato sul luogo di lavoro; ha passato alcuni mesi in carcere ed è stato licenziato prima del processo. Per ritornare al lavoro fa ricorso, e sia il medico legale che l'avvocato gli consigliano di rivolgersi a uno psichiatra; questi lo invia all'U.O.. La nuova situazione, in cui è "piombato all'improvviso", porta l'uomo, sposato con un figlio, a una feroce crisi coniugale che lo sta conducendo alla separazione; per questo, dopo il test, chiede di fare dei colloqui che definisce di sostegno. L'uomo vive la notte in cui è stato arrestato come una violenta interruzione tra vita passata e presente; il prima e il dopo quell'evento, causa di ogni suo male attuale, per lui non hanno connessione tra di loro. L'evento, che è il precipitato del suo modo di relazionarsi al lavoro trasgredendone le regole, è invece vissuto come inaspettato e ingiusto; si sente una vittima entro un mondo dove gli altri sono o complici o nemici, o perseguitati o persecutori. I colleghi, la moglie, inizialmente sentiti come complici, adesso, dice, gli "si rivoltano contro". Mi chiede di stare dalla sua parte; dice di avere necessità di una mia relazione che provi la sua invalidità. Nella sospensione dal lavoro, necessita di una "carta scritta" per chiedere un sostegno economico. Sento che mi vuole sua complice. Provo a proporre una riflessione sulla modalità relazionale che penso mi stia

proponendo. Ma a lui serve quella carta, e basta. Nel colloquio successivo, l'uomo mi aggiorna della sua situazione coniugale, ormai irreversibile. Provo a riflettere con lui sul sentimento di subire questa separazione, cercando di ricostruire insieme il tenore della sua vita matrimoniale prima dell'arresto; si scorgono delle criticità, degli indizi nella relazione che portano a oggi, ma non sembra dargli peso, l'arresto è la causa di tutto. Ho la sensazione che il rapporto con me sia sostitutivo di quello con la moglie, quando la sentiva docile e disponibile: un ascolto senza limiti delle sue emozioni poco elaborate, delle sue ansie, delle sue angosce. Al tempo stesso mi convoca in una funzione giudicante verso questa donna, mi chiede di prendere parte contro di lei, che non sta più nella modalità relazionale da lui attesa. Sollevo la questione del certificato, ma dice che adesso non è più così importante. Negli altri colloqui il certificato a volte non viene menzionato, altre volte rispunta; come una sottile linea rossa, ci accompagna fino all'ultimo incontro, in cui dice di non venire più per il certificato; ma è l'ultima volta che ci incontriamo.

Come viene vissuta, o meglio, agita l'Unità Operativa nelle sue fantasie? Il certificato sembrerebbe la proposta di agire l'essere dalla sua parte: io contro la moglie, il sistema sanitario contro il sistema giudiziario. È quell'essere dalla sua parte fallito nella relazione con la moglie e con i colleghi di lavoro. Passare dalla proposta relazionale dell'essere complici a quella dell'essere alleati sulla cosa terza, su un prodotto della relazione, in questo caso mi pare non sia stato possibile. Di quale cultura parla quest'uomo? Lo vedremo in seguito.

Gli agiti istituzionali e il modello medico-diagnostico della psicologia

Alla luce dei casi resocontati, direi che gli utenti che si rivolgono a un servizio di psicologia di un ospedale sembrano tendenzialmente poco o nulla interessati al piano simbolico, emozionale, che propongono nel rapporto. Prevedono un contesto poco interessato alla soggettività, come è in effetti il contesto sanitario, e loro stessi si presentano così.

Ricordo di nuovo come oggi prevalga la cultura della medicina difensiva, per cui alla dipendenza fiduciosa nei confronti del medico si sostituisce una diffusa diffidenza e un intento di controllo sulle azioni degli operatori sanitari, fino al punto di convocare la magistratura. Pensiamo al paziente oncologico che nella relazione con me gestisce il conflitto con il sistema ospedaliero, simbolizzato come chi lo abbandona alla sua sofferenza, alla stregua della sua ex compagna, scindendo la rabbia riversata nel rapporto con me, dalla dipendenza verso il reparto oncologico che, se lo rende impotente con le feroci cure farmacologiche, però gli salva la vita. In questo caso il paziente ha potuto comunque riflettere sulla sua emozionalità, come la richiesta di risarcimento; eppure al termine della terapia farmacologica chiude i nostri incontri, come a evidenziare quanto i due processi, di cura e psicoterapeutico, marcino in parallelo, non siano ben distinti tra loro.

Nella situazione della "psicoeducazione" emozionale, il paziente arriva al servizio pretendendo di avere davanti a sé un esperto che si faccia carico della sua emozionalità, restituendogliela normalizzata, conforme. Come entro una cura medica, con la sequenza diagnosi-prognosi-terapia. Niente di più lontano dall'analisi della relazione. Del resto la stessa psicologia clinica è attualmente caratterizzata da due opzioni molto differenti tra loro, fondate su ruoli, funzioni, metodologie, prassi professionali completamente diverse, con obiettivi divergenti. Nella prima opzione la prassi è fondata sul modello medico, nella seconda ci si propone di intervenire entro la relazione tra individuo e contesto per promuoverne lo sviluppo. Queste due opzioni professionali sono in stretta connessione con il contesto culturale più ampio entro cui la psicoterapia si sviluppa, e con il sistema di valori a cui essa fa, consapevolmente o no, riferimento (Pagano, 2009). Carli, Paniccia e Salvatore nel 2004 scrivono:

Il modello medico è fondato sulla valutazione dell'altro entro la logica "modello – scarto dal modello". Ciò significa che si guarda al comportamento, alle emozioni, ai vissuti dell'altro, valutandone la corrispondenza ad un modello di normalità, o allo scarto da tale normalità. La valutazione dello scarto dal modello può essere considerata come "oggettiva". Quindi, l'intervento di riduzione dello scarto è legittimo nel caso in cui la domanda provenga dalla persona portatrice dello scarto, come quando è posta da altre persone del contesto: un medico, un superiore gerarchico dell'interessato, un genitore. La denuncia, la rilevazione, l'evidenza di uno scarto dal modello implicano, sempre, una relazione di potere sociale efficace, tra chi denuncia, rileva, rende evidente lo scarto, e chi ne è l'oggetto. Si può affermare che questo rapporto di asimmetria del potere è funzionale al controllo: evidenziare uno scarto dal modello e correggerlo sono espressioni di una implicita volontà di controllo sociale e di riduzione degli scarti a dimensioni conformistiche. Questo fa capire come il *comportamento* sia l'oggetto più rilevante di questo modo d'intervenire. (p. 38).

Il modello medico della cura è il modello ospedaliero per eccellenza, soprattutto da quando, con la medicina moderna, la funzione assistenziale, del prendersi cura del malato, viene soppiantata dalla terapia. Ricordo che gli ospedali nascono, ad opera di alcuni ordini religiosi, al fine di dare assistenza ai malati, di accoglierli, di prendersene cura. La competenza medica nasce e si sviluppa al di fuori delle mura ospedaliere, nelle case dei potenti, dei ricchi, che potevano permettersi di essere curati. Solo successivamente i medici fanno ingresso negli ospedali e fino a qualche anno fa la competenza al prendersi cura della malattia era affiancata da quella del prendersi cura della persona malata. Oggi prevale, per dirla come Fornari (1976), una medicina fallocentrica, quella della cura del male altro da sé, su quella onfalocentrica del prendersi cura della persona malata. È cresciuta la distanza del sistema sanitario dai vissuti del malato, anche sull'onda della l'EBM (Evidence Based Medicine). Del resto, anche in ambito psicologico cresce la medicalizzazione delle prassi e la distanza dalla soggettività. Pensiamo ad esempio al sistema scolastico, dove l'emozionalità che disattende l'aspettativa viene sempre più spesso diagnosticata e inquadrata medicalmente (Assante del Lecce et al., 2014).

Sempre più spesso, le richieste che arrivano all'Unità Operativa di psicologia clinica riguardano proprio l'aspetto diagnostico, come se il servizio non fosse riconosciuto nella sua competenza a prendersi cura della soggettività. È il caso della ragazza che chiede il test di intelligenza. La sua domanda peraltro agisce un conflitto con l'Ospedale, con la medicina, con la psicologia assimilati tra loro. Provocatoriamente, vuole imporre all'Unità Operativa cosa fare. E questo fare dovrebbe certificare un deficit che sempre più si rivela un danno che l'Ospedale stesso ha causato, e che accentua rifiutandosi di certificarlo. D'altro canto, lo stesso Ospedale ha difficoltà a interrompere questo agito, riproponendo con efficacia un prendersi cura alla ragazza e poi alla sua famiglia, anche se si può immaginare che la domanda di diagnosi potesse essere tradotta in richiesta d'aiuto.

Nell'ultima situazione clinica presentata, la richiesta del certificato, c'è di nuovo una persona che arriva all'Unità Operativa di psicologia clinica per strumentalizzare il sistema ospedaliero entro una relazione di complicità, per confliggere con chi lo ha fatto arrestare e gli ha tolto il lavoro. La richiesta di complicità fatta allo psicologo in questo caso può essere trattata solo come un fatto; non sarà possibile accedere al vissuto. Per intenderci:

Il vissuto è la risultante mentale della simbolizzazione emozionale di ciò che avviene o si presenta entro la realtà. Tra il fatto e il vissuto va posto il processo di simbolizzazione della realtà. Il vissuto non è una conseguenza prevedibile e scontata del fatto; è piuttosto una costruzione mentale che può dar adito a eventi fattuali agiti, quale risposta a specifici vissuti emozionali. (Carli, 2016, p. 8).

Conclusioni

Cosa succede nell'incontro tra richieste dall'utenza e risposta istituzionale? È molto facile che l'incontro si realizzi intorno a degli *agiti istituzionali* poco pensati, che appartengono alla cultura sanitaria condivisa, che nel contesto ospedaliero sembra scontatamente a monte di ogni intervento.

In sintesi, nel caso del paziente oncologico, tale cultura è presente nella triangolazione col reparto di oncologia; nella "psicoeducazione" emozionale, nel modello di riferimento medico, di cura, portato dal ragazzo; nella richiesta del test di intelligenza, nella rivendicazione al sistema ospedaliero; nella situazione del certificato, nel convocare l'Ospedale in una complicità contro il sistema giudiziario. Se si leggessero le domande portate all'Unità Operativa di psicologia clinica come separate dal contesto ospedale, si opererebbe una scotomizzazione tale da far perdere la bussola della comprensione.

Gli utenti che si rivolgono al servizio di psicologia ospedaliero spesso non sembrano intenzionati a pensare l'emozionalità della loro domanda: un test di intelligenza rimane un test di intelligenza, il certificato un certificato, nel loro significato conformisticamente condiviso. D'altro canto possiamo tenere presente quanto ha detto Renzo Carli nel "Seminario sulla psicoanalisi nei contesti e nuove domande"³. Carli dice che oggi spesso si lavora in contesti dove non c'è più una cultura della conoscenza delle proprie fantasie. In ospedale, in particolare, si portano essenzialmente agiti e fatti. Anche perché l'utente deve stare alle condizioni del luogo a cui chiede di accedere; chiedere un certificato o dire di essere depresso sono "le parole per dirlo" previste dall'istituzione sanità per accedervi.

In tale contesto, nel processo psicoterapeutico o consulenziale alcune volte è possibile pensare le emozionalità portate, stare sui vissuti e trasformarli in riflessioni condivisibili dentro il rapporto, altre volte gli agiti saturano tutto lo spazio.

³ Il seminario, tenuto presso la Scuola di Specializzazione SPS, ha avuto luogo a novembre 2014; la relazione di Carli non è pubblicata, quanto riportato deriva dalla mia presenza al seminario.

Bibliografia

- Assante del Leccese, R., Mastroianni, C., & Sotgiu, C., (2014, Giugno). Costruire comunità ospitali e sostenibili. Nuove sfide per la psicologia di comunità [Building hospitable and sustainable communities. New challenges for community psychology]. *Atti del 10° Convegno Nazionale della Società Italiana di Psicologia di Comunità (SIPCo)*. Cesena, 19-21 giugno:
- Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia* [The Doctor, His Patient and the Illness]. Milano: Feltrinelli (Original works published 1957).
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological]. (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carbone, A. (2014). Intervenire attraverso la crisi della genitorialità. Un caso di costruzione di committenza per un servizio di psicologia clinica. [A case of psychological clinical intervention through the crisis of parenthood]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 50-63. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. [The process of collusion in social representations]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 282-296.
- Carli, R. (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica* [Analysis of demand in clinical psychology]. Milano: Giuffrè Editore.
- Carli, R. (2014). Editoriale. Riflessioni sulla psicologia e le sue vicende [Editorial. Reflections on psychology and its happening]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-5. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2015). Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando all'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. doi: 10.14645/RPC.2015.1.536
- Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [The theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.

- Carli, R., Paniccia, R.M., & Caputo, A. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi: 10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E, & Giovagnoli, F. (2016). Il rapporto tra domanda dell'utenza e risposta dei servizi: Una ricerca sul cambiamento in sanità, nell'ospedale e nel territorio [The relationship between health care users' demands and the health care system's response: A research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (2004). *L'immagine della psicologia in Toscana* [The image of psychology in Tuscany]. Ordine degli Psicologi della Toscana.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and Code. From psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. Trad. It. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Pagano, P. (2009). Il modello medico in psicologia clinica. [The medical model in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 242-253. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rassu, S., Manca, M.G., Pintus S., & Cigni, A. (2001). L'umanizzazione dei servizi sanitari. Editoriale. *Caleidoscopio italiano*, 147. Retrieved from <http://www.medicalsystems.it>

Sitografia

www.agenas.it/la-persona-prima-di-tutto-agenas-misura-l-umanizzazione-della-sanità
www.medicinanarrativa.it/it/simen/medicina-narrativa/storia-e-origini/