

Psicoanalisi e Fenomenologia: convergenze nell'area della Psico-Oncologia.

Marcella Fazzi¹

Preparare un intervento per la tavola rotonda del 20 aprile 2009, per la presentazione dei volumi curati da Antonio De Luca, è stato un po' come rivedere in pochi giorni quindici anni di formazione, di lavoro clinico, di incontri con insegnanti e colleghi.

Ho scelto di fare un discorso non troppo teorico, ma di parlare di formazione e di lavoro, con un'attenzione particolare a quello svolto in area psico-oncologica, come uno di quegli ambiti in cui la psicologia incontra la sofferenza umana.

Desidero incominciare con le parole di Bion:

“Il mistero fa parte della vita reale, l'analisi reale si occupa della vita reale”.

Bion ha detto questo nel 1977, ma già qualche anno prima aveva detto:

“L'esercizio della vera psicoanalisi è un compito molto impegnativo. E' facile leggere e parlare delle teorie: l'esercizio della psicoanalisi è un'altra cosa”.

Queste parole, probabilmente le parole più semplici di tutto l'articolato e complicato discorso di Bion, sono un faro per chi sceglie il difficile lavoro con i malati oncologici e con le loro famiglie.

D'altra parte, la formazione degli operatori sanitari impegnati nella cura dei malati di cancro, non può prescindere da assetti di natura fenomenologica: i vissuti mentali e corporei che la malattia cancro e le terapie impongono.

Ci sono molti modi di lavorare. Nel 1999 Nesci e Poliseno, dopo aver maturato una ventennale esperienza di lavoro clinico e formativo in Psico-Oncologia (1997) hanno dato vita ad un Istituto internazionale (The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals -I.I.P.R.T.H.P.) che ha aperto una collaborazione con il Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”, a Roma, per la formazione di tutte le categorie degli operatori sanitari che seguono malati di cancro. La scelta è stata quella di non costringere i pazienti a rientrare in categorie nosologiche precostituite, di non procedere alla misurazione di ansia, depressione o stress, ma di guardare a ciò che accade sulla scena clinica con particolare attenzione ai pensieri, ai vissuti, ai discorsi che si sviluppano nell'incontro tra operatore e paziente. Una Psicoanalisi che parte dalla fenomenologia, dunque, come nell'insegnamento di Resnik, di cui sia Nesci che Poliseno sono stati allievi, durante la specializzazione in Psichiatria,

¹ Psicologa, psicoterapeuta in formazione presso la S.I.P.S.I.. Tutor del Master di II Livello in Psico-Oncologia e del Corso di Perfezionamento in Psico-Oncologia (casi clinici difficili – gruppo di elaborazione) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

alla Cattolica, e che si orienta poi, fondendosi con la gruppoanalisi, in un approccio etnopsicoanalitico (Nesci, 1991).

Parlando di operatore sanitario non mi riferisco in modo specifico alla categoria professionale degli psicologi. L'operatore psico-oncologo non è detto, infatti, che debba essere uno "PSI-"; lo psico-oncologo è qualunque operatore sanitario che nell'incontro con l'evento cancro si dona la possibilità di osservare, di capire cosa accade sulla scena clinica, con l'obiettivo di portare sollievo alla sofferenza mentale indotta dalla malattia.

Non sto affermando che il ruolo psicologico non è degli psicologi, sto dicendo che il ruolo di cura non è appannaggio esclusivo degli psicologi. Nostro, invece, può essere ad esempio il ruolo di formatori di tutte quelle figure, sanitarie e non, che stanno a contatto, anche in altri ambiti, col dolore, l'esperienza vissuta di un male fisico o spirituale (Napolitani, 2009).

Nei corsi di formazione in Psico-Oncologia, così come nel master in Psico-Oncologia che nel 2009 è stato attivato per la prima volta al Policlinico Gemelli, il primo passaggio obbligato è quello di aiutare gli allievi a pensare al lavoro psicologico con i malati oncologici non come un surrogato della psicoterapia, ma in modo specifico come a una "terapia della psiche".

Ciò significa che dove si presenta la sofferenza, dove le trasformazioni del corpo, la malattia cancro, producono un impatto drammatico sulla mente, allora lì c'è posto per noi.

A far che cosa? A mettere in luce gli aspetti vitali anche nelle situazioni più disperate e a tenere alta l'attenzione sul rischio di considerare morte cose che morte non sono.

Bion, nei Seminari Tavistock, dice:

“vai a trovare persone ricoverate in un reparto ospedaliero, e te ne occupi? Sono malati oncologici terminati. Oncologico terminale. Basta porvi mente per rendersi conto quanto sia ridicola questa espressione. Come si fa a sapere che è terminale? Terminale di che cosa? Di che cosa costituisce il punto finale? E ad ogni buon conto non ci interessa come sarà organizzato il funerale o altre cose di questo genere; ci interessano gli esseri viventi e il fatto di poter fare un lavoro per rendere tollerabile la vita a persone ricoverate in un determinato reparto per il periodo che rimane loro da vivere. In tal caso abbiamo qualcosa da fare che non ha niente a che vedere con il «tumore in fase terminale». Si tratta piuttosto di rendere tollerabile e disponibile ancora da vivere, la parte restante dell'esistenza ancora depositata «in banca», per così dire, e trovare dei metodi mediante i quali possiamo offrire a questi pazienti la possibilità di sintonizzarsi con quella lunghezza d'onda in cui ci si occupa di quanto si può fare e non ci si preoccupa troppo di quanto non si può fare”.

Si è scelto di essere presente nei reparti ospedalieri, negli ambulatori. Talvolta nascono perplessità rispetto all'utilità che può avere la presenza di uno psico-oncologo o di uno psicologo preparato in psico-oncologia, laddove i pazienti non pongono una domanda di aiuto psicologico. Invece, riteniamo che sia molto utile allenarsi a sgombrare la nostra mente dal desiderio di voler curare classicamente i pazienti. Il tentativo di dare sollievo alla sofferenza mentale può e forse deve essere fatto anche in condizioni molto difficili:

in corridoio, in sala d'attesa, al letto del malato, ecc... Può essere svolto dove ne percepiamo il bisogno.

Molte delle persone che noi avviciniamo non avranno il privilegio di avere del tempo per verbalizzare delle richieste. A volte stanno talmente male che diventa impensabile la possibilità di impostare un lavoro nel tempo. L'incontro psicologico, se è pensato come qualcosa che deve svilupparsi nel tempo per dare sollievo, è inadeguato per i malati di cancro o comunque per coloro che vivono, per diverse ragioni, una situazione di perdita del futuro. La sofferenza psicologica frequentemente è legata alla percezione di "assenza di tempo". Se dimentichiamo questo aspetto, ci priviamo della possibilità di mettere la psicologia a disposizione di un'enorme fetta di individui che a questo livello, quello di progettare qualcosa nel tempo, non può accedere.

L'esperienza emotiva nella malattia oncologica è legata alla sensazione di non avere futuro. Quello che Poliseo chiama "Lutto della progettualità" è il vissuto dello stare in un blocco in tensione, cioè dello stare in un'impossibilità di abitare il futuro con un progetto. (Nesci e Coll., 2009)

Progettare significa mettere fuori di sé, nel mondo reale, i frutti della nostra immaginazione. In questa operazione mentale è sempre implicita la dimensione del presente che viviamo e di un futuro vivibile e l'immaginazione di uno spazio in cui il progetto è realizzabile. In questo modo ci sono aspetti del futuro che viviamo nel presente. Quando la malattia arriva il futuro si perde. Questo richiede di avviare un processo di lutto. Se vogliamo stare con il malato non possiamo prescindere da questo evento e il nostro compito allora diventa quello di stare col paziente in uno stato mentale che blocca il fluire del tempo vissuto, che perde la possibilità, nel presente, di progettare l'esistenza.

Minkowski dice che il contrario dell'attività è l'attesa, e l'attività per eccellenza è la vita. Nel momento in cui il corpo è violentemente minacciato, la mente va in uno stato di attesa e questa attesa ha a che fare con il vuoto più assoluto. Comprendere che è questo ciò che accade, è un preliminare che non può essere trascurato se vogliamo curare.

Nel prima, prima del setting, della domanda, della percezione del bisogno di aiuto, c'è paralisi, frammentazione, catastrofe (Poliseo, *comunicazione in gruppo di formazione*, 2009). Se ci andiamo a collocare laddove c'è gran parte della sofferenza umana, allora curare significa aiutare a conciliare ciò che ci accade nella vita con quelli che erano i progetti per la vita

Ringrazio Antonio De Luca per aver dato vita a questi tre libri, perché ci aiuta a sottolineare la necessità di trovare un modo per stare col paziente là dove il paziente si trova.

Credo che questo sia l'aspetto fenomenologico alla base di una vera psicologia.

Il paziente dov'è? Fisicamente, dove si trova? Se desideriamo lavorare per curare, il paziente in primis va cercato fisicamente. Il paziente è in ospedale? Vado in ospedale. E in ospedale dov'è? In sala d'attesa? Allora, forse è lì che c'è bisogno di psicologi. Se è quello che desideriamo fare, se siamo preparati per farlo, facciamoci trovare dai pazienti laddove ce n'è bisogno.

Nei corsi di Psico-Oncologia dell'Università Cattolica, che si tengono dal '93 presso il Policlinico Gemelli, si è scelto di fare un lavoro "al contrario". Il testo da cui si apprende

non è un libro, non s’impara dalle teorie, ma è “il vissuto dei curanti nell’incontro con i pazienti”. Così si impara dalla condivisione delle narrazioni di casi clinici che vengono rivissute e rielaborate nel gruppo di formazione.

In questo modo si è venuta a sviluppare una modalità lavorativa che anziché partire dall’assunto che per poter svolgere un’attività psicologica è necessario un setting adeguato, adotta, invece, la posizione di uno dei più grandi psicoanalisti italiani, Eugenio Gaddini, che ha affermato che “*il setting è la mente analizzata dell’analista*”.

Questo significa che non è necessario avere una stanza predisposta appositamente per l’incontro psicologico, quello che è necessario, invece, è essere adeguatamente formati, allenati a tenere in costante osservazione ciò che accade dentro di sé, per poter cogliere aspetti essenziali del vissuto dell’altro, nel nostro caso: il paziente oncologico, la sua famiglia. Questo consente di fornire una prestazione altamente qualificata.

Non possiamo aspettare che i pazienti chiamino. Quelli che chiamano sono pazienti privilegiati, che hanno già potuto mentalizzare il loro dolore, che hanno già la percezione del bisogno di aiuto.

Può essere molto interessante, appagante, formativo andare ad occuparsi di quali sono i meccanismi inconsci che sottostanno al comportamento del paziente. Ci possiamo chiedere, è lecito, perché questa persona che ha tanto bisogno di aiuto non lo chiede? Che resistenze ha? Certo, questo è davvero un lavoro interessante. Ma a quelli che stanno male, serve? Oppure può essere più utile che prima ci sia la possibilità di un incontro? Quando De Luca suggerisce che il dolore psichico può essere il prodotto di un *appuntamento mancato*, ci indica anche la strada della cura: la possibilità che l’appuntamento mancato si trasformi in un incontro realizzato.

Desidero chiudere con una citazione leggera, tratta da un libro di Mc Evans che si intitola “Bambini nel tempo”. E’ la storia di un padre che perde la sua bambina, il suo futuro. Nel libro ci sono dei passaggi bellissimi, molto significativi, sul tempo, sul senso del tempo e la percezione del tempo. Qui, però, mi voglio soffermare su poche righe che segnalano con ironia il rischio che la psicologia e gli psicologi corrono da anni, quello di mettersi in cattedra a far quadrare i loro modelli:

“non ti occorre la fisica a spiegare quello che ti è successo. Forse aveva ragione Niels Bohr, quando affermava che gli scienziati non dovrebbero mai occuparsi di realtà. Il loro compito è quello di inventare modelli che giustifichino le loro osservazioni”.

BIBLIOGRAFIA

- Aa. Vv., *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, a cura di De Luca, 2009.
- Aa. Vv., *Psichiatria di Consultazione e di Collegamento: Teoria, Clinica, Ricerca, Formazione*, a cura di Bria, Nesci, Pasnau, 2009.
- Bion W, *Seminari Tavistock*, 2007.
- Bion W, *Memoria del futuro. L’alba dell’oblio*, 1993.
- Cittadini A., Nesci D.A., Polisenio T.A., <http://www.psychomedia.it/psic-onco/editoriale3-09.htm>
- De Luca A., *Frammenti di esistenza. Per una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, 2003.

- Minkowski C., *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, 1933.
- Mc Evans I., *Bambini nel tempo*, 1988.
- Napoletani C., *Fenomenologia del dolore*, in Aa. Vv., *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, a cura di De Luca, 2009.
- Nesci D.A., *La Notte Bianca*, Armando Editore, Roma, 1991.
- Nesci D.A., Polisenò T.A., *Metamorfosi e Cancro*, SEU, Roma, 1997.
- Nesci D.A., Polisenò T.A., Squillacioti M.R., Linardos M., *Il lutto della progettualità: riflessioni psico-oncologiche tra fenomenologia e psicoanalisi*, in Aa. Vv., *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, a cura di De Luca, 2009.
- Sandler J., *Presentazione dell'opera di Bion "Memoria del futuro". Alcune riflessioni sull'oblio e l'alba*. www.funzionegamma.edu n. 20