

P. Gabanelli

Un percorso di riflessione sul malessere del paziente e dell'istituzione curante in quel difficile passaggio tra la vita e la morte

Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS Istituto Scientifico di Pavia

RIASSUNTO. Il presente lavoro intende, attraverso l'esemplificazione di tre casi clinici, aprire una riflessione su una realtà, sempre più frequente nella prassi oncologica ma ancora poco problematizzata, che riguarda il difficile passaggio del paziente in una condizione clinica avanzata e dei suoi bisogni più significativi da una modalità di cura, per così dire aggressiva ad una modalità di cura più supportiva e palliativa. Il tentativo di individuare modalità capaci di mantenere pervia e ricettiva alla sofferenza del paziente l'istituzione curante, ci ha portato a considerare l'organismo istituzionale come campo di meccanismi difensivi e di un apparato per pensare di cui lo psicologo, pur facendone parte, deve farsi carico, se vuole facilitare il passaggio del vissuto del paziente all'interno del percorso clinico.

Parole chiave: paziente, istituzione curante, fine vita.

ABSTRACT. *THE DIFFICULT PASSAGE OF ADVANCED PATIENTS AND THEIR MOST IMPORTANT NEEDS: THREE CLINICAL CASES.* In the current study we describe three clinical cases with the aim of reflecting upon an increasingly frequent but still neglected reality in oncological practice; namely, the difficult passage of advanced patients and their most important needs as they progress from a so-called active form of treatment to a more supportive and palliative approach. The attempt to identify strategies that will enable the treatment center to remain pervious and receptive to the patient's suffering, has led us to consider the institutional organism as a field of defense mechanisms and as a thinking tool, of which the psychologist is part but must deal with in order to facilitate the patient's experience during the clinical course.

Key words: patient, treatment center, end of life.

Premessa

La malattia oncologica è lo sappiamo la rottura di una continuità esistenziale, psicologica, fisica. L'oncologia così come la psiconcologia sono due discipline che rappresentano rispettivamente la cura fisica e psicologica del malato di tumore.

Nel dizionario di psicologia il termine cura è definito da Galimberti (1) "come l'insieme dei mezzi terapeutici coadiuvanti il passaggio dalla malattia alla salute". Nel termine cura dovrebbero essere contenuti anche quei fattori in grado di aiutare i pazienti a transitare, o forse meglio a dire a stare, nella condizione di malattia quando questa assume caratteri di irreversibilità. Se pensiamo però ai protagonisti di questo incontro, il paziente e l'istituzione curante, considerando la grande variabilità e instabilità dei fattori che mettono in gioco, ci si può già rendere conto come "l'ultimo transito" possa non essere così lineare e scontato. Le esemplificazioni cliniche che seguiranno, si propongono pertanto di aprire una riflessione sulle dinamiche che intercorrono tra paziente e istituzione curante in quel difficile spazio clinico ed esistenziale che divide la vita dalla morte. Conosciamo del paziente l'estrema diversità di reazioni che può sviluppare di fronte alla minaccia dell'immagine di sé legata non solo alla propria morte, ma a quel lento cambiamento fisico che va dalla diminuzione dell'energia e della vitalità, alla progressiva perdita di tutti i suoi ruoli, affettivi, sociali, lavorativi ed economici. I sentimenti d'impotenza e di disperazione inducono nel malato un'angoscia che è fronteggiata da strategie difensive che "danno luogo - come scrive Zapparoli (2) - a configurazioni individuali, reazioni a livello intellettuale, affettivo, e comportamentale che ci riportano al discorso della soggettività del malato e dei suoi bisogni".

Per operare quindi all'interno di uno spazio clinico, così articolato, instabile e per certi aspetti misterioso, occorre necessariamente prevedere un intervento, non solo rispondente ai bisogni specifici del malato, ma capace d'integrare tutte le figure professionali, perché "agiscano in modo omogeneo, cioè in armonia tra loro perché in armonia con il paziente e le sue necessità" (2).

Lo scenario non è meno complesso quando passiamo a considerare l'altro protagonista di questo rapporto vale a dire l'istituzione curante.

Qui il pensiero va subito al concetto di campo istituzionale, luogo d'incontro del paziente e dei suoi curanti. Senza entrare nel merito dei parametri fondamentali e costitutivi del campo (ideativi, affettivi, fantasmatici, rappresentativi) e delle dinamiche che danno luogo al percorso di istituzionalizzazione, ai fini di questa riflessione ci basti sottolineare come all'interno di ogni istituzione operino fattori, che se da una parte portano a movimenti di stabilizzazione, dall'altra inducono una fisiologica staticità e atrofia degli apparati cognitivo elaborativi.

Tra questi fattori, per esempio, Correale indica l'aspetto normativo della vita istituzionale come uno dei responsabili di quelle "aree di non pensabilità" che depositano "elementi non pensati" (3).

L'acquisizione da parte del gruppo di una "mentalità comunitaria" è un altro elemento che ostacola la flessibilità istituzionale, accentuando la tendenza "all'espulsione di elementi mentali o esperienziali, nuovi o ignoti" (3). Queste due dinamiche da sole possono far intuire la difficoltà che l'istituzione curante può avere nell'accogliere ed elaborare stimolazioni "ipersature", spesso contraddittorie e mai scontate, come quelle provenienti da un paziente che si trovi fisicamente e psicologicamente di fronte alla propria morte. La condizione di fine vita della persona malata sottopone continuamente gli operatori sanitari ad un eccesso di stimoli, che può indurre precipitati emotivi che, trasformandosi in rifiuti, chiusure, scissioni, possono facilmente sfociare in conflitti, incomprensioni e difficoltà d'integrazione tra servizi. Il lavoro sul quale riferiamo intende aprire una riflessione proprio sulle dinamiche che intercorrono tra paziente, malattia e istituzione curante.

Michela 40 anni, sposata, due bambine, ha svolto il ruolo di caposala in una chirurgia generale fino a tre anni fa quando le è stato diagnosticato un tumore pancreatico. Viene inviata, come "caso interessante" da un oncologo di un altro ospedale allo psicologo con la richiesta di "provare a fare qualcosa". Da circa tre mesi vive in uno stato di perenne confusione, svagatezza, non ha memoria di fissazione, tutto sembra scivolarle addosso, non ha tracce di quanto si svolge nell'arco della giornata, ha perso la nozione del tempo e la sequenzialità di gesti e attività quotidiane come il fare da mangiare. Riesce ad essere lucida e precisa solo quando parla delle bambine o della sua storia clinica.

La Tac e tutti gli esami neurologici effettuati risultano negativi.

Esemplificativo è un pezzo della prima seduta.

Paziente: non sono più in grado di fare una lavatrice, una pasta perché guardo l'ora e non capisco quando bisogna farla, non so più quanto tempo ci si impieghi, come si faccia, sono diventata un'ameba, mi metto sul seggiolino delle bambine o mi metto sul divano e guardo il cielo e penso....

Terapeuta: a che cosa per esempio?

Paziente: ho dei piccoli flash però non so se sono consecutivi, sono tutti slegati.....

Terapeuta: e che cosa riguardano?

Paziente: il passato, rivivo il passato a volte sogno ma non so se sogno o se è un pensiero e mi dico "sono sempre stata energica, attiva avevo una buona gestione familiare" e vedermi così.....

Terapeuta: secondo lei perché sta succedendo tutto questo?

Paziente: ho un'ansia terribile mi sveglio tutta sudata e penso sto morendo...

Terapeuta: non si riesce a fare una lavatrice se si pensa di stare per morire, cade ogni senso anche nel fare i gesti più quotidiani, nessuno riesce a cucinare è troppo doloroso...lei sarà anche confusa ma a me sembra che abbia chiaro, che sia molto consapevole di quello che le sta accadendo...me lo sta spiegando....

Paziente: annuisce

Terapeuta: con l'idea della morte così vicina non si può vivere...bisogna necessariamente scollegarsi...scollegare il senso di quello che si fa, se no c'è da stravolgere dal dolore, Michela i pezzi del puzzle lei ce li ha tutti, li ha solo temporaneamente scollegati perché mettere insieme l'immagine di prima quando la guarda la farebbe troppo soffrire...è un piccolo perdersi per non perdersi del tutto...

Francesca è una paziente di 37 anni, in fase avanzata di malattia per un tumore intestinale, pienamente consapevole della gravità del suo quadro clinico. L'atteggiamento con cui ha affrontato il percorso terapeutico è da combattente in prima linea, iper-armata con strumenti tecnologici. L'alleanza con l'oncologo, da sempre positiva, si intensifica quando la paziente, sentendo di essere arrivata a fine corsa con le terapie tradizionali, afferma di non riuscire a stare senza speranza e chiede di attivare una terapia sperimentale. Durante le ferie dell'oncologo, Francesca si rivolge per una complicanza al suo medico di base che la ricovera in un reparto di cure palliative. Qui l'intervento è volto, contrariamente a prima, a far arrendere la paziente, essendo l'equipe convinta che possa avere una qualità e forse anche una tempo di vita maggiore evitando gli effetti collaterali della terapia sperimentale. La risposta alla diversa mentalità e al nuovo atteggiamento sanitario sta in una frase che la paziente dirà risentita ad un familiare: "vogliono mettermi in mano l'olio santo e farmi fare testamento". Quando rientra l'oncologo dalle ferie prontamente Francesca si rimette in contatto con lui. Scattano a questo punto una serie di dinamiche tra i medici che portano ad una frizione fra i reparti che si contendono la malata. Alla fine Francesca lascia il reparto di cure palliative, non senza tensioni e malessere, per ritornare in oncologia, morirà qualche mese dopo da combattente senza arrendersi in trincea fino alla fine...

Giovanni è un paziente di 50 anni seguito in riabilitazione oncologica per un tumore cerebrale da glioblastoma. Il ricovero in questo reparto, volto alla terapia ma anche al recupero fisiologico e cognitivo, risulta difficile e complicato non solo per il paziente, ma anche per la moglie che l'assiste (donna, rigida, infantile, dipendente dal marito, con un bisogno estremo di controllo sulle situazioni) per la continua alternanza da fasi di decadimento fisico e di regressione cognitiva a periodi di recupero e maggior stabilità. Quando la ripresa di malattia arriva ad avere caratteri di irreversibilità avviene il trasferimento

del malato in cure palliative: qui è la moglie, che lo ha accompagnato e sostenuto durante la fase riabilitativa, ad essere ancora armata di speranza e ad entrare in crisi. Al paziente viene tolto da un giorno all'altro la possibilità, anche se ancora in grado, di essere messo sulla poltrona, viene iniziata una blanda sedazione e viene data indicazione ai familiari di stimolarlo il meno possibile. La moglie non capisce, non accetta le indicazioni ed entra in rotta di collisione con il reparto: "sembra che qui tutti vogliano far spegnere prima del tempo mio marito". Il reparto, d'altro canto, al suo atteggiamento di manifesta ostilità e diffidenza oppone una modalità espulsiva e di rifiuto.

Cosa hanno in comune ci siamo chiesti questi tre casi?

Un dislivello, uno sbalzo, la mancanza cioè di una soluzione di continuità in quella fase di malattia che sancisce il passaggio verso la terminalità. Nel primo caso la caduta di tensione avviene a livello psichico: di fronte all'emozione incontenibile legata all'avvicinarsi della propria morte, Michela mette in atto un meccanismo difensivo, una sorta di salvavita che la scollega, annullando il tempo e alcuni brandelli di memoria, quando la tensione emotiva sale a livelli insopportabili.

Nel secondo e terzo caso, il dislivello (prefigurazione dell'ultimo salto) è dato dalla mancanza, a livello istituzionale, di una rete capace di garantire quel continuum, che non solo assume una funzione protettiva, ristrutturante ed è parafrasando Winnicott "*espressione stessa della vita*" (4), ma che potrebbe diventare anche il nastro trasportatore sul quale il paziente fa transitare, per l'ultima volta, il prezioso bagaglio umano di bisogni, aspettative, emozioni.

Ogni reparto, come ogni istituzione, ha una sua identità e una "*fantasmatica particolare*" (5) derivante dalle diverse modalità difensive di affrontare angosce molto profonde come quella di morte. Le fantasie costitutive di queste due realtà curanti si collocano, per altro, agli antipodi. Volendo utilizzare delle rappresentazioni-stereotipo potremmo definire l'oncologia "guerriera" e le cure palliative come "dimissionarie", come del resto si evince dalle metafore e dal linguaggio bellico che impregnano queste discipline.

Nel caso di Francesca si è assistito ad un rimbalzo di accuse e di reciproche incomprensioni fra due istituzioni impegnate, più che a sostenere i bisogni della malata, a proteggere le loro identità professionali: gli oncologi sostenuti dalla combattività della paziente con il motto "finché c'è vita c'è speranza", i palliativisti sostenuti dalla realtà di una malattia avanzata con il motto "aiutiamola ad arrendersi". I due reparti si sono fatti portavoce dei bisogni della malata, ma con quella pericolosa scissione tra bisogni fisici e psicologici che solitamente vede protagonisti gli psicologi e i medici. In questo caso come nel terzo, troppo repentino e brutale è stato il passaggio da un modello di cura ad un altro, da un atteggiamento di speranza e combattività ad una rassegnazione, abbandono: in entrambe le situazioni, rigide contrapposizioni hanno impedito che il vissuto del paziente o del familiare trovasse all'interno dell'istituzione una qualche via di comunicazione.

Quali fattori, ci siamo chiesti a questo punto, sono in grado di mantenere l'istituzione curante pervia e ricettiva alla sofferenza e ai bisogni psicologici, perché il malato possa davvero essere aiutato ad affrontare l'ultimo passaggio e la stessa transizione da un modello di cura più aggressivo ad un altro più passivo?

L'immagine della rete con le sue solide giunture porta a pensare alla necessità che anche all'interno dell'istituzione si creino snodi capaci di mantenere tra i vari reparti atteggiamenti di dialettica, di tolleranza e di pensiero. Ma quali? Una soluzione potrebbe essere quella che vede la discussione inter equipe: il caso clinico, che coinvolge differenti organizzazioni curanti, potrebbe prima del suo trasferimento essere analizzato "insieme" in quelli che sono i bisogni fisici, comunicativi e psicologici per permettere a coloro che ricevono il malato di capire almeno con qualche consapevolezza e modalità di reazione affronti la propria morte. Temiamo però che il processo di aziendalizzazione, che privilegia ormai l'attività e la responsabilità individuale rispetto a quella del gruppo, unitamente alle dinamiche difensivo-conservative dell'istituzione, che originano rigidi rapporti e modalità interattive stereotipate fra le equipe, rendano questa soluzione sempre meno applicabile alla pratica clinica quotidiana.

Riflettendo allora sull'alternativa affiora una metafora di De Martis: l'identità del contadino non può essere letta solo nell'aratro, nell'uso di antiparassitari o fertilizzanti ma anche nel suo investimento nel compito della coltivazione (in altre parole non solo terapie e medicinali ma anche una cultura della cura!).

Questa osservazione traslata dal contadino alla figura dello psicologo porta a vedere il nostro lavoro proiettato non solo sui pazienti ma anche sull'istituzione in cui operiamo.

Volendo quindi seguire tale filo di pensiero, i primi passi per una presa in carico dell'istituzione curante devono venire dal riconoscimento delle dinamiche difensive presenti al suo interno. "*Questa operazione però risulta sterile* - scrivono De Luca et. al (6) - riprendendo uno scritto di Veltrone - *se non si comprende l'angoscia specifica che l'ha resa necessaria. Vale a dire che come osservatori è necessario che ci identifichiamo non solo con la sofferenza del paziente ma anche con quella più difficile, poiché nascosta dei curanti. Al di fuori di questo processo vi è spazio altrimenti solo per un giudizio moralistico*".

Troppe volte è, infatti, il processo d'identificazione con la sola sofferenza del paziente, che induce noi psicologi, di fronte a dinamiche conflittuali tra paziente, reparto o servizio vari, a sbrigativi, infruttuosi giudizi che definiscono certe forme di relazione come patologiche, in contrapposizione a modelli ideali che vorremmo depurati di ogni tensione, conflitto o problema.

Forse perché, dovendo operare in quella zona d'ombra che divide la vita dalla morte, abbiamo anche noi come i nostri malati bisogno di credere in un'istituzione capace di superare se non la morte almeno le contrapposizioni o i conflitti quotidiani.

Quando la nostra capacità d'identificazione oltre che ai pazienti si rivolge alla sofferenza degli operatori, arriviamo però a comprendere e a legittimare la possibilità che di

fronte a condizioni di prolungata tensione emozionale o a stimolazioni troppo intense e caotiche la stessa macchina curante possa intasarsi e come, nel caso di Michela, scollegarsi.

I meccanismi difensivi non sono peraltro diversi da quelli che osserviamo nei pazienti e vanno dalla scissione, alla negazione, alla messa in atto di difese intellettualistiche. L'angoscia evacuata dal paziente si abbatte sull'istituzione curante che mette in atto meccanismi di distanziamento che sono poi la causa di ben noti conflitti, incomprensioni con il paziente o di difficoltà d'integrazione tra competenze e servizi.

Ma se nel caso di Michela come terapeuti non ci sfiora il dubbio di non sostenere quel meccanismo di scissione, così prezioso alla salvaguardia della sua capacità di stare di fronte alla morte rimanendo a fianco delle sue bambine, è per noi operatori "psic" più difficile comprendere e accettare che, dietro rapporti costellati da recriminazioni, tensioni per il possesso del malato o, peggio ancora, da atteggiamenti di rifiuto, ci possa essere la sofferenza di un'organizzazione curante che alza le sue barriere per difendersi da tensioni che non può sostenere.

Se come psicologi crediamo quindi che una parte del nostro lavoro consista nell'oliare certi meccanismi per rendere più scorrevole il vissuto del paziente nel percorso istituzionale, questo compito risulta parziale, se da parte nostra non ci sarà verso questi stessi ingranaggi, un altrettanto autentico e non strumentale atteggiamento di attenzione e comprensione di quelle che sono le ragioni del loro funzionamento, per quanto disfunzionale possa essere. Se dietro il sintomo del paziente riusciamo a cogliere le cause, le resistenze, ci dobbiamo sforzare di leggere dietro le intolleranze, i disguidi, le tensioni tra i servizi, i segni di un malessere istituzionale che spesso, guarda caso, coincide con le problematiche e i sintomi di colui che è curato. Le istituzioni ci ha insegnato Bleger (7) *"tendono ad adottare la stessa struttura dei problemi che devono affrontare"*. Nel secondo caso clinico per esempio alla combattività irriducibile di Francesca ha fatto eco quella dei due reparti che si sono fronteggiati per il possesso della paziente.

A caratterizzare il ricovero dell'ultimo caso citato è stata proprio un'intermittenza da fasi di recupero a fasi di regressione. Guarda caso, il meccanismo istituzionale si è inceppato proprio sulla continuità delle cure e non è riuscito a garantire, nel transito tra un reparto e l'altro, un passaggio rispettoso dei vissuti del malato e dei suoi familiari.

Ci siamo resi conto che questo percorso di riflessione ha mostrato un vertice che non avevamo precedentemente considerato. Se lo scopo di questo lavoro era di cercare di capire quali fossero i fattori in grado di mantenere l'istituzione curante pervia e ricettiva alla sofferenza del malato, immaginando di trovare una sorta di "idraulico liquido" capace di disostruire i canali di comunicazione intasati, comprendiamo quanto sia impropria una soluzione di sola pulizia che non tenga conto della presenza nell'organismo istituzionale delle dinamiche difensive. Come il paziente in fase avanzata di malattia utilizza meccanismi che sconnettendolo in vario modo, gli permettono di tenere in equilibrio la barra della barca nel mare in tempesta, così il funzionamento dell'istituzione curante, trova in fondo il suo

equilibrio nella continua oscillazione da momenti di sconnesione e riconnessione.

Quando l'organismo curante si sconnette è il buio, l'incapacità cioè di vedere il paziente nei suoi bisogni più profondi e autentici. La rete istituzionale assume la forma di una convessità che non è più in grado di recepire niente né dal paziente, né dalle strutture con cui normalmente si relaziona.

Con la connessione la struttura assume quella forma concava capace di accogliere e far transitare i vissuti del paziente oltre che permettere uno scambio con gli altri servizi con cui collabora.

Questa dinamica di tensione e vuoto, allontanamento e avvicinamento, accogliente e respingente, oltre a costituire la modalità prevalente di funzionamento mentale del paziente di fronte all'angoscia di morte, è anche quindi quella dell'istituzione curante. Questo andamento, che tanto ricorda il movimento del respiro, va visto come un salvavita anche per l'ambiente di cura del malato ed evita, quando la tensione sale troppo, quel cortocircuito che incenerirebbe tutte le sue connessioni.

Conclusioni: questa riflessione non vuole e non deve essere un deterrente per buttare per così dire alle ortiche il compito della coltivazione, arrendendosi definitivamente ai suoi meccanismi difensivi. Se l'istituzione ha momenti di distanziamento e o di esclusione dalle richieste del paziente, questo non deve rassegnarci al punto da impedire, per quella che dovrebbe essere prima di tutto la mentalità di un lavoro psicologico, di continuare a far circolare nei meandri istituzionali il materiale emotivo e psicologico che ogni storia porta con sé. Lo psicologo deve proseguire nella sua funzione di geografo per arrivare alla mappatura delle necessità del paziente. Se vuole però riuscire ad oliare il nastro trasportatore, per consentire al malato di far scorrere i suoi ultimi bisogni, deve saperli anche restituire al contenitore istituzionale in una forma comunicabile e assimilabile. Abbiamo osservato, anche attraverso gli esempi riportati, come l'ipercontenuto delle emozioni intensissime e non strutturate che ruotano intorno alla persona che muore, intasi il contenitore istituzionale, aumentando la rigidità e fissità di alcuni suoi meccanismi interni. Questo porta facilmente l'istituzione a strutturare rapporti caratterizzati da impermeabilità, distanza e da una mancanza di significative intersezioni con i servizi e le strutture con cui dovrebbe invece dialogare.

Si può capire a questo punto quanto sia importante un intervento trasformativo su quella matassa informe, e spesso muta, formata dai contenuti e dalle emozioni coagulate intorno alle storie dei pazienti. Si tratta *"di decostruirla nei fili in cui è composta e ritesserla in immagini o rappresentazioni"* (8) sufficientemente comprensibili e fruibili dall'istituzione curante perché possa costruire un percorso clinico davvero in *"armonia con il paziente e le sue necessità"*. Partendo dagli spazi strutturati (discussione d'equipe ect), e senza dimenticare *"gli interstizi istituzionali"* (3), lo psicologo non deve quindi stancarsi di immettere informazioni, suggestioni, esplicitazioni di emozioni, amplificazioni di temi ect, capaci di consentire *"al materiale immobile, pesante dagli effetti paralizzanti sulle capacità associative degli operatori"*

(9) di trasformarsi “nella controparte verbale di immagini figurate”, (10) con nuove angolature e aperture di senso. Per esempio, nel secondo caso riportato, la matassa potrebbe venire srotolata in equipe partendo dall’immagine di *Francesca, soldatessa impegnata da sempre in prima linea e armata con le armi più tecnologiche, avendo il combattere per lei il significato di farla sentire viva.*

Un cambio improvviso al vertice dei comandanti in campo la vede però catapultata in una realtà dove le viene chiesto di rinunciare alle armi e alle protezioni in quanto i nuovi superiori hanno decretato la resa nei confronti del nemico. Per Francesca però la battaglia non è finita e non può smettere di combattere poiché continua a sentire il sibilo delle bombe, i colpi delle mitraglie e il suono dell’antiaerea che sono i rumori che testimoniano la speranza di aver diritto all’onore delle armi e che la fanno sentire ancora viva!

Questo tipo di restituzione e di piattaforma per il lavoro d’equipe comporta che lo psicologo abbandoni quelle posizioni che lo vogliono detentore delle verità sul paziente “per assumere invece il più modesto ruolo di “enzima digestivo” (11), per garantire un cibo digeribile e nutriente capace al tempo stesso di aumentare le funzioni dell’apparato digestivo dell’istituzione stessa. Anche “l’equipe del resto come la mente individuale ha necessità di mettere a punto le sue funzioni digestive” (3). L’espansione dell’apparato per pensare non è qualcosa da sottovalutare perché permette ai contenuti di stare all’interno del campo senza che l’istituzione, sotto la spinta di meccanismi difensivi arcaici, li evacui scollegandoli, negandoli o scindendoli come nei tre casi sopra citati. Questo comporta riuscire ad avere almeno un occhio per percepire il grado di permeabilità, tolleranza e quindi di “possibilità digestivo-metabolica” (8) dell’organismo curante rispetto al cibo pesante, indigesto rappresentato

dal malato che muore. Lavorare in questo senso non significa promuovere, distanziandosene, interpretazioni delle dinamiche istituzionali. L’attenzione al campo dove si svolge il nostro lavoro clinico con il malato e di cui anche noi facciamo parte, ci deve da una parte aiutare nel lavoro di restituzione della comprensione del paziente, partendo però dal contenuto manifesto e dalla coloritura emozionale della comunicazione dei suoi operatori, e dall’altra portare a riflettere su come noi ci posizioniamo proprio rispetto a questi meccanismi, per evitare di assumere posizioni faziose che, aumentando le scissioni, certo non favoriscono quei percorsi d’integrazione che andiamo continuamente idealizzando....ma questo è ancora un altro capitolo.

Bibliografia

- 1) Galimberti U. Dizionario di Psicologia. Torino: Garzanti, 1999; 269
- 2) Zapparoli G, Adler Segre E. Vivere e morire. Milano: Feltrinelli, 1997; 3: 163; 3: 173.
- 3) Correale A. Il campo istituzionale. Roma: Borla, 1991; 6: 77; 6: 88; 4: 235; 4: 234.
- 4) Winnicott DW. Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando, 1974.
- 5) Barale F, Uccelli S. L’incontro psicosomatico in Policlinico Dinamiche e aspetti emozionali. De Martis D, Petrella F, Ambrosi P. Fare e pensare in psichiatria. Cortina: Milano, 1987; 9: 100.
- 6) De Luca AM, Mastroianni RM, Distefano V. Problemi di integrazione in una equipe medico psicologica. In: Crocetti G. (a cura di) Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia. Roma: Borla, 1992; 145-6.
- 7) Bleger J. Psicoigiene e Psicologia istituzionale. Loreto: Lauretana, 1989; 1: 28.
- 8) Ferro A. Evitare le emozioni, vivere le emozioni. Milano: Cortina, 2007. 7: 97.
- 9) Roussillon R. Spazi e pratiche istituzionali. Bleger J. (et al): L’istituzione e le istituzioni. Roma: Borla, 1991; 6: 182-205.
- 10) Bion WR. Seminari Tavistock. Roma: Borla, 2007.
- 11) Ferro A. Tecnica e creatività. Roma: Borla, 2007; 2: 48.

Richiesta estratti: Paola Gabanelli - Servizio di Psicologia Fondazione Salvatore Maugeri Via Maugeri 10, 27100 Pavia, Italy - Tel. +39/0382.592949, Fax +39/0382.592947, E-mail: Paola.Gabanelli@fsm.it