

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

«Il mistero fa parte della vita reale, l'analisi reale si occupa della vita reale». Bion ha scritto questo nel 1977, ma già qualche anno prima aveva sostenuto: «L'esercizio della vera psicoanalisi è un compito molto impegnativo. È facile leggere e parlare delle teorie: l'esercizio della psicoanalisi è un'altra cosa». Queste parole, probabilmente le 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, lavoro che non può prescindere da assetti di natura fenomenologica: i vissuti mentali e corporei che la malattia cancro e le terapie impongono.

Per questo l'operatore psico-oncologo, non è necessariamente uno "PSI-", lo psico-oncologo è qualunque operatore sanitario che nell'incontro con l'evento cancro si dia la possibilità di osservare, capire cosa accade sulla scena clinica, per portare sollievo alla sofferenza mentale indotta dalla malattia. Ciò significa che la cura non è appannaggio esclusivo degli psicologi, i quali possono formare 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. Talvolta nascono perplessità circa la presenza di uno psico-oncologo o di uno psicologo preparato in psico-oncologia, laddove i pazienti non pongono una domanda di aiuto psicologico. Ritengo 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, ovunque se ne percepisce il bisogno.

Molte delle persone che avviciniamo non avranno il privilegio di avere del tempo per verbalizzare delle richieste, spesso è impensabile la possibilità di impostare un lavoro nel tempo, con quanti vivono, per diverse ragioni, la sofferenza di una situazione di perdita del futuro, di impotenza a progettare. Quando la malattia arriva il futuro si perde e ciò richiede di avviare un processo di lutto. Se vogliamo stare con il malato non possiamo prescindere da questo evento, dobbiamo 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 evidenzia 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. 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. 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. In questo modo si è sviluppata 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. Ciò 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.

Marcella Fazi