

# Psicologia ospedaliera nuove frontiere della cura: l'intervento multidisciplinare

## Hospital psychology new frontiers: the multidisciplinary approach

**Ad oggi l'Ospedale moderno è un'organizzazione produttiva che fornisce servizi alla persona ed è in continuo cambiamento a fronte di modificazioni culturali rilevanti. Occupa un posto di assoluta centralità nel campo della salute pubblica e privata per la presenza, al suo interno, di tutte le branche della medicina specialistica che lo configurano come la struttura che meglio esprime e sintetizza la garanzia di interventi sanitari iper-specializzati. Le cure disponibili negli ambienti ospedalieri ad alta intensità hanno raggiunto livelli di complessità medico-tecnologica non immaginabili soltanto pochi anni or sono (ad es. chirurgia robotica e sala ibrida, tecniche rianimatorie, trapiantologia, ricostruzioni protesiche mioelettriche, ecc.). Lavorare in Ospedale generale significa esser parte di un luogo investito di potenti funzioni simboliche: accoglimento, cura, riparazione, deroga della morte, fine vita, donazione di organi per nuove vite, nascite possibilmente perfette, rinascite, "resuscitazioni".**

PAOLA DONDI\*

PAROLE CHIAVE: Servizio di Psicologia in ospedale, approccio multidisciplinare, clinica psicologica, diagnosi differenziale.

---

### L'Ospedale oggi

Nell'inconscio collettivo l'ospedale rappresenta il luogo al quale ci si riferisce per trovare risposta ad un'emergenza. La logica istituzionale è centrata sull'azione continuativa senza stacco tra giorno e notte e richiede l'applicazione di procedure, di protocolli, di PDTA. La dimensione dell'"urgenza" caratterizza fortemente l'intervento medico in ospedale tanto da diventare una cultura diffusa che tende ad organizzare le relazioni e inscrivere i rapporti tra le persone all'interno di un gradiente ripetitivo, con scarse oscillazioni di variabilità. Ciò sostiene la percezione di una maggiore efficacia degli interventi e delle azioni.

In questi ultimi quarant'anni, dal 1° Gennaio 1980, epoca di costituzione del SSN, abbiamo assistito a modificazioni tra l'organizzazione ospedaliera nel suo complesso e le persone che ad essa si rivolgono in quanto le dinamiche affettive, familiari e sociali che entrano con loro in ospedale contribuiscono a trasformarne la struttura e il funzionamento e ad orientare domande sempre più complesse ed inclusive di tali bisogni. Ciò ha favorito la costituzione di U.O. e Servizi di Psicologia diversamente organizzati ma presenti sostanzialmente in quasi tutte le regioni italiane (De Berardinis D, Dondi P, 2020). Ci si augura che il riconoscimento della professione sanitaria possa

implementare un'inclusione degli psicologi nel contesto ospedaliero più in linea con gli standard europei ed internazionali. All'interno di tale inquadramento normativo si valorizza la psicologia in ospedale come servizio complesso che include la visione dell'integrazione della clinica ospedaliera con la clinica dell'organizzazione, del benessere organizzativo, della formazione e della ricerca.

La complessità descritta è al centro di un dibattito tra i professionisti della salute che operano nelle strutture ospedaliere ed ha dato forma a recenti eventi nazionali. Nel 1° Convegno Nazionale di Psicologia Ospedaliera tenutosi a Padova il 17 Giugno 2021 e nel precedente corso di Psicologia Ospedaliera svoltosi a Roma nel 2019 presso la Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale, la comunità professionale degli Psicologi, operante in numerose e diverse Strutture Ospedaliere Italiane, ha confrontato le esperienze cliniche maturate in questi decenni (Dondi P, De Berardinis D, 2020). Esse convergono tutte sulla condivisione della specificità del lavoro psicologico-ospedaliero. Tale specificità rende conto, tra gli altri, del lavoro clinico strutturato in contesto multi-interdisciplinare che descrive ciò che si viene definendo come "nuova frontiera alla cura in ambito psicosomatico".

### **Le nuove frontiere della cura: "l'approccio multi-interdisciplinare in ospedale"**

Il rapporto tra la formazione psicologico-clinica e il lavoro in ospedale non è strettamente legato ad un singolo orientamento psicoterapeutico o ad una singola tecnica valutativa in quanto i problemi e le questioni che lo psicologo affronta in ospedale confrontano sia i modelli psicoterapeutici che le tecniche psicologiche con il complesso intreccio mente-corpo e con la dinamica istituzionale ed organizzativa. L'approccio psicologico al malato ricoverato in ospedale rende necessario aver compiuto un passaggio formativo e culturale che consenta ai professionisti psicologi di riconoscere che la visione psicoterapeutica fa parte di un approccio clinico comprensivo che include in primis la disposizione all'ascolto globale della persona malata nell'*hic et nunc* dell'incontro terapeutico.

Tale posizione si fonda sulla capacità empatica di "essere con" per cogliere il livello di funzionamento mentale di cui la persona dispone attraverso segnali non verbali di malessere, come ad esempio la destrutturazione o l'interruzione del linguaggio, l'alterazione del tono, della prosodia, la comparsa di mimica, l'alterazione della postura, la disorganizzazione del ritmo respiratorio. Nei setting ospedalieri la prospettiva osservazionale dello psicologo è modificata sulla base del diverso accesso del paziente alla struttura sanitaria. La persona porta in quel momento all'attenzione dei sanitari il corpo malato la cui cura sappiamo non può prescindere dal considerare accanto alla dimensione biologica il vissuto individuale nelle sue connessioni interpersonali e sociali. L'approccio multidisciplinare pone la soggettività al centro dell'esperienza umana e l'intersoggettività come matrice da cui prendono forma le relazioni significative della vita. Salute e malattia, in un continuum, sono oggetto di studio della psicosomatica e i principi dei modelli unificati sono esaustivamente illustrati in letteratura (Baldoni F, 2010, Solano L, 2013).

La malattia è l'essenza di un'esperienza traumatica individuabile nell'impotenza dell'Io, che produce una disarticolazione somato - affettiva degli equilibri preesistenti e che richiede di essere riconosciuta in quanto può portare l'individuo a rivivere condizioni dolorose proprie di antecedenti e arcaici stadi maturativi raggiunti durante lo sviluppo (la fase di integrazione - fase costitutiva del Sé) (Scoppola L, 2005, 2011, Gaddini E, 1989).

La molteplicità dei diversi setting psicologici in ambito ospedaliero richiede una prospettiva di lavoro centrata sull'identità professionale clinica che permette la messa in atto di una funzione psicologica la quale rende espliciti i rapporti tra la relazione psicologica "duale" e la visione del legame con il gruppo di lavoro, agente di trasformazione e tessuto connettivo sul quale avviene il processo di riparazione della malattia (De Berardinis D, Dondi P, 2020).

Si assume dai dati di letteratura nazionale e internazionale che il lavoro dello psicologo in ospedale non possa prescindere dal gruppo curante e dalla specifica tipologia dell'organizzazione ospedaliera (I, II, III livello di complessità). È acclarato, inoltre, che quando la presenza dello psicologo è continuativa nei reparti, essa rappresenta un fattore importante per il superamento di molte situazioni non solo di interesse specificatamente clinico ma anche relazionale ed organizzativo.

*Il rapporto tra la formazione psicologico-clinica e il lavoro in ospedale non è strettamente legato ad un singolo orientamento psicoterapeutico o ad una singola tecnica valutativa in quanto i problemi e le questioni che lo psicologo affronta in ospedale confrontano sia i modelli psicoterapeutici che le tecniche psicologiche con il complesso intreccio mente-corpo e con la dinamica istituzionale e organizzativa*

*La visione dello sviluppo della funzione psicologica in ospedale è di estrema importanza perché consente di dare continuità al rapporto tra l'atto terapeutico e l'organizzazione: rende esplicita la visione del gruppo di lavoro come agente di trasformazione dell'organizzazione stessa all'interno dei processi di cura. Tale paradigma richiede l'acquisizione interiorizzata di una cultura in ambito multidisciplinare capace di dialogare, pariteticamente, con i diversi specialisti coinvolti nei percorsi di cura*

## Il Servizio di Psicologia nella struttura ospedaliera

L'U.O., quando riconosciuta nell'organigramma aziendale, entra in gioco nella complessità del lavoro multi/inter-disciplinare rappresentando un gruppo professionale che all'interno dell'istituzione risponde all'organizzazione ed ai committenti richiedenti le consulenze in modo stabile e continuativo (Linee di Indirizzo Regione Emilia Romagna, 2021).

L'operatività non si limita all'erogazione di prestazioni cliniche rivolte al paziente e ai suoi familiari, ma intende interagire con l'organizzazione per rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative ospedaliere, evidenziare gli snodi dell'articolazione nell'adozione ed applicazione dei percorsi e delle procedure cliniche, favorire negli operatori le medesime conoscenze dei diversi livelli del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati.



Figura 1: Il S. Psicologia rappresenta un luogo fisico e mentale, uno spazio operativo all'interno del quale i professionisti psicologi usufruiscono di quella che Ballarini e Berti Ceroni (Ballarini A, Berti Ceroni G, 1986) definirono la "funzione di porto" ovvero lo stazionamento, il ristoro e il riapprovvigionamento di energie mentali necessarie per portare i contributi trasformativi nel lavoro clinico. Il lavoro clinico avviene all'interno di setting diversificati che vanno dal letto del paziente all'ambulatorio fino al setting allargato dell'istituzione ospedaliera nella quale avviene un processo di integrazione che tiene conto dell'organizzazione stessa.

## Il Servizio di Psicologia a lavoro

Si è già sottolineato che, affinché sia possibile parlare di intervento psicologico in contesto multi/inter-disciplinare, occorre la presenza di un Servizio Psicologico organizzato e stabile nell'ambito dell'Ospedale che dia forma a un gruppo di lavoro e che consenta un'interfaccia tra la clinica ed il sistema di cura.

La visione dello sviluppo della funzione psicologica in ospedale è di estrema importanza perché consente di dare continuità al rapporto tra l'atto terapeutico e l'organizzazione: rende esplicita la visione del gruppo di lavoro come agente di trasformazione dell'organizzazione stessa all'interno dei processi di cura. Tale paradigma richiede l'acquisizione interiorizzata di una cultura in ambito multidisciplinare capace di dialogare, pariteticamente, con i diversi specialisti coinvolti nei percorsi di cura.

I professionisti psicologi nell'Istituzione sviluppano operazioni di significazione e di decodifica della domanda di consulenza, analizzano chi la formula, in quale contesto, con quali aspettative, difficoltà e risorse. Tale processo di trasformazione della domanda (Carli R, Panizza RM, 2003) appartiene specificamente alla professionalità psicologica. Rappresenta uno strumento imprescindibile per la costruzione di percorsi di trattamento in ambito psicosomatico là dove l'evento malattia disarticola l'unitarietà mente-corpo e l'individuo può fare esperienza, nell'istituzione, di risposte

terapeutiche altamente specialistiche ma parcellizzanti. Non è inusuale, ad esempio, che la domanda del medico inviante sul singolo paziente venga riletta, da tutta l'équipe, come richiesta di un iter volto a rivedere i passaggi di cura e le relazioni tra gli operatori. In questi casi la Funzione psicologica viene esercitata, sia per identificare le risorse da mettere in campo sia per complessualizzare l'intervento in una dimensione multidisciplinare.



Figura 2: Funzione psicologica. Tale passaggio è fondamentale per orientare non solo l'intervento biologico ma anche il "clima affettivo", relazionale, intorno alla persona, e renderlo più sintonico ai suoi bisogni. L'integrazione dei diversi livelli di cura favorisce l'introiezione nel paziente di una risignificazione più sostenibile del disagio.

*I professionisti psicologi nell'Istituzione sviluppano operazioni di significazione e di decodifica della domanda di consulenza, analizzano chi la formula, in quale contesto, con quali aspettative, difficoltà e risorse. Tale processo di trasformazione della domanda appartiene specificamente alla professionalità psicologica*

### Un caso clinico esemplificativo: Lucia

\* La stesura del caso clinico è a cura della Dott.ssa Claudia Palmini\*\*

Il caso clinico scelto si ritiene esemplificativo di come i diversi passaggi organizzativi e clinici necessari alla sua gestione sono stati facilitati dalla presenza di una matrice istituzionale che ha reso possibile l'intervento inclusivo centrato sui bisogni della Paziente tenendo conto del rapporto con i familiari, dei committenti e dei consulenti collaboranti secondo un approccio multidisciplinare comprensivo.

#### Analisi della domanda

Nella richiesta di consulenza psicologica, il medico di reparto, chiedeva un aiuto su come procedere nella comunicazione a Lucia, quasi 23enne, ricoverata in Terapia Intensiva per incidente stradale maggiore nel quale era passeggera sulla moto guidata dal fidanzato deceduto nell'impatto e che riporta esiti di politrauma della strada, fratture multiple rachide cervicale, fratture costali, falda liquida peri-splenica e frattura alla caviglia sinistra. Nello specifico chiedeva un colloquio con la madre e i familiari lì presenti per una concertazione sintonica dell'approccio relazionale/comunicativo da tenere con Lucia che, a fronte della riduzione della sedazione, iniziava a chiedere insistentemente notizie del fidanzato (le era stato detto che era giunto in H in gravi condizioni).

La scelta del professionista psicologo è di recarsi nell'arco di 30 minuti in reparto dove il medico aveva trattenuto i familiari.

Durante questo primo incontro è la madre a prendere la parola, avendo già ricevuto rassicurazioni dai medici di una prognosi generale favorevole, ma portando la propria ansietà in relazione alle condizioni emotive-affettive attuali della figlia caratterizzate da disperazione, pianto e colpevolizzazione attribuendo a sé stessa l'iniziativa di essere usciti a pranzo il giorno dell'incidente. Prevedendo i sanitari la riduzione completa della sedazione, data la stabilità clinica delle sue condizioni e il possibile trasferimento in reparto semi-intensivo, si concorda sulla necessità di mettere la ragazza a conoscenza della morte del fidanzato tramite una comunicazione fatta dai medici di reparto in loro presenza.

I genitori descrivono (principalmente la madre) il carattere della figlia, il suo contesto di vita attuale e la rete relazionale nella quale vive. Specificano di essere separati

*Nei setting ospedalieri la prospettiva osservazionale dello psicologo è modificata sulla base del diverso accesso del paziente alla struttura sanitaria. La persona porta in quel momento all'attenzione dei sanitari il corpo malato la cui cura sappiamo non può prescindere dal considerare accanto alla dimensione biologica il vissuto individuale nelle sue connessioni interpersonali e sociali.*

legalmente e di avere firmato entrambi per alternarsi nell'assistenza (sono ancora presenti regole di limitazione degli accessi per prevenzione del COVID-19). L'amica, in evidente stato di attivazione emotiva, assume il ruolo di presentificare quella che sarebbe, dal suo punto di vista, la necessità di favorire subito il rapporto di Lucia con gli amici. In realtà è portavoce di quanto l'evento traumatico abbia creato una disarticolazione spazio-temporale interrompendo bruscamente gli equilibri interni ed esterni, frammentando la realtà e congelandola "al prima dell'evento" impedendo, così, una visione della condizione acuta attuale.

Si conferma che la richiesta dei familiari è relativa alla possibilità di una presa in carico del vissuto traumatico della Pz durante la degenza e ad indicazioni su come gestire le comunicazioni per tutelare la fragilità emotiva della ragazza. Accolgono l'indicazione dello psicologo di evitarne il sovra-eccitamento e concordano sulla presa in carico psicologica degli aspetti dolorosi traumatici della figlia dal momento in cui sarà avvenuto il completamento dell'iter chirurgico (intervento ad un piede), ossia quando sarà in condizioni di mantenere stabilmente il dialogo ed un rapporto coerente con la realtà esterna. Si conferma che lo psicologo rimarrà in contatto con i team curanti per modulare l'intervento sulla base di qualsiasi nuova necessità.

Dopo alcuni giorni, la madre chiede espressamente un colloquio per sé e l'amica che viene effettuato al S. di Psicologia. Il tema centrale riguarda la gestione degli ingressi in reparto e la conferma di essere chiamata contestualmente al padre nei momenti in cui vi fossero delle novità sullo stato di salute della figlia.

### **Affresco biografico-relazionale raccolto tramite il racconto della madre e dell'amica**

Il deposito narrativo fa riferimento a una storia di vita estremamente traumatica del nucleo familiare: separazione legale avviata 7 anni prima, presenza di una causa penale ancora aperta per abbandono del tetto coniugale da parte del padre e mancato sostentamento economico, trasferimento in Brasile presso la famiglia di origine della Signora, interessamento delle Ambasciate in quanto Lucia era ancora minorenne e cittadina italiana, rimpatrio e presa in carico dei Servizi Sociali su mandato del Tribunale dei Minorenni che dispose l'obbligo al padre di mantenimento e accoglimento presso la sua residenza dove viveva con la nuova famiglia. La madre e l'altra figlia maggiorenne senza residenza, trovarono soluzioni autonome nel giro di qualche tempo. La Signora, inoltre, esplicita la preoccupazione circa il possibile uso manipolativo della presenza in ospedale da parte del padre (rendere evidente l'assistenza per addurre in sede legale elementi atti a ridurre le accuse a suo carico). Teme inoltre che Egli possa essere più conflittuale che utile, non avendo la ragazza, dalla maggiore età, avuto più rapporti con lui. A conferma di ciò, la madre e l'amica riferiscono che durante le esequie del fidanzato, il padre avrebbe letto pubblicamente una lettera di addio da parte di Lucia ove emergevano contenuti di natura religiosa e spirituale attribuiti alla figlia, la quale nella realtà non scrisse perché ancora ricoverata in TI e soprattutto contraria all'uso di modalità esterne pubbliche. Le informazioni raccolte ed altre acquisite durante il periodo di degenza hanno delineato un complesso tessuto relazionale traumatico relativo alla vita della Pz dall'età dell'adolescenza al momento dell'incidente. Il padre cesserà, sua sponte, le visite e non richiederà più un supporto psicologico dal momento in cui la figlia verrà trasferita in reparto semi-intensivo, delineandosi il progetto del rientro al domicilio e le conseguenti necessità assistenziali.

### **Intervento psicologico in Setting multidisciplinare al letto della Paziente**

#### *Il rapporto con la Paziente*

Incontro la Pz trasferita dalla TI alla MIDU. Si trova supina con collare cervicale e gesso all'arto inferiore sx. Mi rivolge lo sguardo che appare perso e disconnesso dal contesto esterno. Sapeva che sarei andata a vederla. Appena le rivolgo attenzione, esterna in forma calda disperazione e, tra le lacrime, sentimenti di colpa per la morte del fidanzato che ritiene assolutamente conseguenza della propria scelta di uscire quel giorno in moto.

La mimica e la postura si attivano durante la narrazione, il tono si eleva fino a

gridare: porta la mano al petto definendolo il luogo dove è presente il dolore, un dolore talmente forte che le toglie il respiro e rappresenta il legame con il fidanzato perso. Dice di non poter più vivere senza “l’amore della sua vita”, la persona con la quale aveva progetti di matrimonio e famiglia, l’unico ad essere riuscito a ridurre le sue resistenze in tale senso. L’anno di relazione vissuta è descritto come travolgente, coinvolgente, totalizzante, il sogno che si era fatto realtà.

Alterna il pianto a momenti di blocco e sospensione dell’ideazione e dell’eloquio. Il consulente riconosce che la percezione dolorosa della mancanza non è vivibile per la ragazza che la descrive attraverso la sensazione di una rottura interna, di una caduta di senso della vita senza ritorno e di dolore globale. Si è lavorato per circoscrivere e delimitare l’esperienza dolorosa massiva, lenire l’angoscia mobilizzando il pensiero e costruire uno spazio vivibile attraverso la messa in campo della relazione transferale (trasformazione nel qui ed ora). Tale approccio si è mantenuto durante l’intero iter terapeutico.

Gli elementi acuti di natura affettiva traumatica sono stati esplorati attentamente in quanto segno della riattivazione dell’antecedente traumatismo vissuto in rapporto ad eventi relazionali di perdita (Scoppola L, 2011). La consulenza si conclude dopo aver lasciato il tempo necessario all’esternazione del dolore, aver sviluppato una funzione di vicinanza e contenimento e di validazione delle modalità con le quali ha esternato il proprio vissuto. Si è cercato di soggettivare Lucia portandola gradualmente, per quanto possibile, ad una condizione di maggiore controllo tale da consentire l’organizzazione di alcune azioni atte ad aiutarla durante la degenza a sentirsi meno sola. Ella chiede che sia la madre ad assisterla in quanto con il padre non si sente a proprio agio.

Nei giorni successivi, si osserva un graduale miglioramento della condizione somatica, della stabilità cognitiva ma, complessivamente, l’evoluzione dell’assetto post-traumatico avviene in una direzione di accelerazione e spinta verso un’anticipata richiesta di dimissione che allarma i sanitari i quali mantengono un livello di interazione costante con il S. di Psicologia.

Lo psicologo rileva, in effetti, un aumentato affaccendamento, ripresa compulsiva di telefonate alla madre, alla sorella, alla famiglia del fidanzato oltre alla gestione di questioni amministrative legate allo sfratto ricevuto. Ella voleva auto-dimettersi nella stessa giornata nella quale formulava tale pensiero pur non avendo a disposizione un domicilio dove trasferirsi idoneo alle sue necessità assistenziali. A fronte di ciò, in presenza di Lucia e con il suo consenso, si riesce ad interloquire telefonicamente con la madre che ne conferma l’inopportunità/impossibilità e la necessità di un maggiore tempo per organizzare il suo reinserimento a casa non essendo la sorella, residente in altra città, materialmente disponibile. Dal punto di vista psicologico eravamo di fronte ad una dimensione caotica, impulsiva, con difficoltà a mantenere stabile l’esame di realtà nel senso di una deficitarietà a riconoscere i limiti al proprio bisogno e al proprio desiderio, non inquadrabile tuttavia in una franca reazione psicotica acuta. Elaborava, inoltre, pensieri di colpa per essere sopravvissuta, rabbia per l’impossibilità di essere stata presente al funerale, idee passive di morte ma non una progettualità suicidaria. La condizione descritta, l’insonnia notturna, la richiesta continua di benzodiazepine per ridurre “il dolore al petto” aprono la richiesta di un parere specialistico psichiatrico in relazione ad un eventuale approccio psicofarmacologico mirato al contenimento di tale reattività con l’obiettivo di favorire la continuazione della degenza fino all’approntamento di un progetto di rientro al domicilio sicuro.

I consulenti psichiatri, chiamati dall’SPDC, fanno parte del DSM Territoriale. Intervengono con consulenze centrate sull’emergenza/urgenza in quanto non hanno un servizio dedicato al Pz degente integrato con i team curanti. Due colleghi a distanza di due giorni vedono la ragazza. In prima istanza l’indicazione farmacologica è finalizzata a migliorare il sonno notturno e la condizione diagnosticata come ansioso – depressiva post-traumatica. Lucia è contraria sia agli psicofarmaci che alla prosecuzione del ricovero ma accetta formalmente le proposte terapeutiche mantenendo attivo il rapporto con la rete amicale per riuscire ad uscire prima possibile dall’ospedale e afferma: “stare qui mi ricorda continuamente che lui non c’è e che non sono potuta andare nemmeno al suo funerale”. Il consulente psichiatra aveva posto la necessità di rivalutare la Pz prima della dimissione e nell’occasione un secondo collega parla con la ragazza. In questo momento le viene proposto un ricovero in SPOI (Clinica Psichiatrica privata convenzionata) per “consentire l’esplicarsi del percorso

*L’approccio  
multidisciplinare  
pone la soggettività  
al centro  
dell’esperienza  
umana e  
l’intersoggettività  
come matrice da cui  
prendono forma le  
relazioni significative  
della vita*

*I consulenti psichiatri, chiamati dall'SPDC, fanno parte del DSM Territoriale.*

*Intervengono con consulenze centrate sull'emergenza/urgenza in quanto non hanno un servizio dedicato al Pz degente integrato con i team curanti*

riabilitativo e il superamento della latenza dell'antidepressivo". A fronte del rifiuto, e non essendovi estremi per TSO, modifica la terapia farmacologica aggiungendo all'antidepressivo (Sertralina) un neurolettico (Olanzapina). Nel referto la collega sottolinea la necessità di attivare un percorso di supporto psicologico domiciliare (anche mediante video chiamata) come già disposto dal servizio di Psicologia.

#### *Il rapporto con l'équipe multidisciplinare*

Al team curante è stato affidato il compito di restituire alla Pz quell'integrità dell'essere che il trauma ha teso a frammentare e ad affrontare la situazione mentale caotica presentata. Il dialogo quotidiano, centrato sulle condizioni cliniche, sulla soggettività della ragazza, sull'accoglimento delle dinamiche relazionali familiari e nelle implicazioni sociali descritte, ha evitato interventi che potessero provocare scissione corpo-mente o favorirne la persistenza. Le azioni di sintonizzazione ambientale hanno potuto avviarsi e mantenersi stabilmente durante tutta la degenza. I medici di reparto, pur nella diversa distanza relazionale instaurata con Lucia, hanno validato senza delegare la necessità del lavoro psicologico integrato poiché riconoscevano che l'accoglimento dei contenuti dolorosi mentali e le escursioni dell'umore della ragazza non potevano essere curate attraverso il solo intervento medico.

L'intervento psicologico clinico, centrato sul paradigma multidisciplinare, ha valorizzato l'accoglimento di Lucia nella sua globalità e ha sviluppato azioni di natura valutativa contestualizzandone il funzionamento somato - psichico e non orientandosi alla focalizzazione di una diagnosi prettamente nosografica.

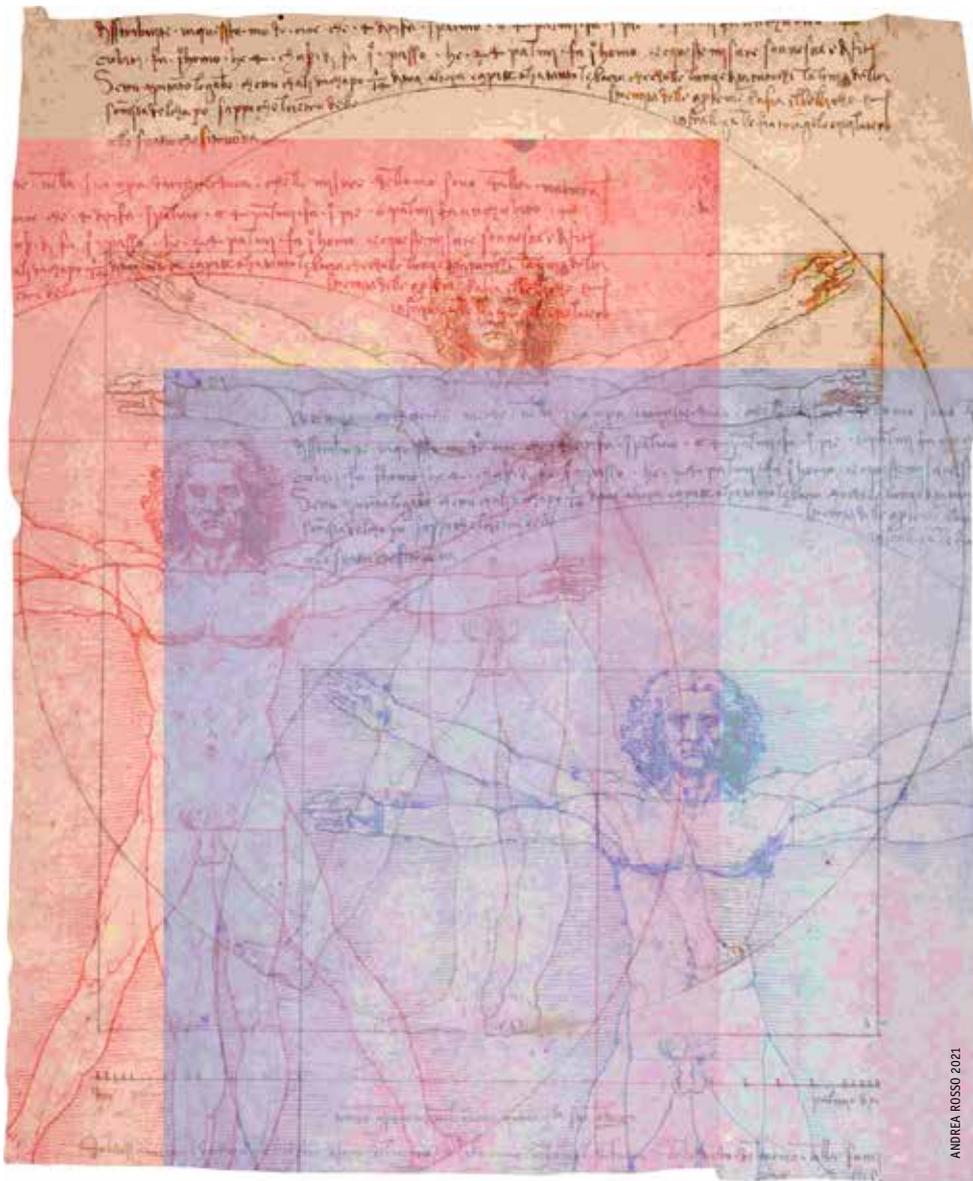
Nonostante la Pz abbia evidenziato uno scivolamento verso modalità di funzionamento mentale primitive, esse sono state sempre riconosciute come espressione di una condizione di adattamento rispetto alla quale il lavoro del team ne ha connotato la dimensione disorganizzativa in acuzie senza mai inquadrarla in una psicopatologia. Tale azione del gruppo di lavoro ha di fatto creato uno spazio di accoglimento al dolore post-traumatico che ha potuto essere riconosciuto, non inibito e non scotomizzato. La rimozione di tali componenti dal campo di cura avrebbe potuto essere fortemente ostativo all'avvio del fisiologico lavoro di elaborazione del lutto al quale Lucia andava incontro. Lo scarso margine di convincimento della ragazza a protrarre la degenza oltre le necessità definite dai sanitari non era indicativo né ostativo ad una convalescenza domiciliare. La dimensione di diritto della ragazza a poter esercitare la propria volontà è stata oggetto di valutazione e l'intervento psicologico si è rilevato strategico a poterla garantire.

#### **Tecnica psicologica a orientamento psicosomatico**

Il traumatismo in Lucia evidenziava una condizione mentale emergenziale ove la dissociazione legata alla caduta del funzionamento simbolico e della capacità di pensare con spinta ad agire ha richiesto un lavoro di contenimento dell'esperienza dolorosa. È noto che qualsiasi processo di elaborazione trasformativa dell'evento richiede una vicinanza, un "essere con" (Gaddini E, 1989) nell'esercizio delle funzioni di *holding and handling* che lo psicologo ha potuto effettuare nei tempi e nei modi necessari grazie alla matrice organizzativa istituzionale costruita negli anni dal S. di Psicologia.

Gli effetti del trauma sulla struttura mentale della ragazza si spera potranno essere superati attraverso un lento processo riordinativo e ricostruttivo iniziato durante la degenza ma non concluso nei brevi tempi del ricovero.

Il clinico ha operato un filtro dei contenuti dolorosi riconoscendo che il traumatismo attuale si è innestato su una pregressa storia traumatica riattivante un'angoscia di separazione mai completamente elaborata da Lucia. Questo elemento rappresenta il rischio principale di un possibile avvio difettuale dell'elaborazione del lutto. Il trauma ha colpito l'Io della Pz in modalità estesa inducendo una profonda disarticolazione del Sé ed evocando di continuo qualcosa che c'è stato ma è stato strappato via in maniera irrimediabile. Il trattamento psicologico clinico di tale sofferenza lacunare ed esplosiva (Scoppola L, 2005, 2011) sofferta, richiede un contesto terapeutico che offra la possibilità di una ritrascrizione, nell'attualità del presente, di una sofferenza precoce legata all'evento. Tale ritrascrizione sappiamo che si può realizzare per la capacità che hanno gli affetti (attivati entro la relazione di cura) di rendere



simmetriche le memorie del passato con quelle del presente nel qui ed ora della relazione terapeutica (Matte Blanco I, 1981). Alla luce di tali considerazioni e tenuto conto dell'assenza di diverse richieste da parte di Lucia, dell'incertezza sul luogo dove avrebbe svolto la convalescenza e la garanzia della madre che sarebbe stata affiancata per il tempo necessario, il S. di Psicologia, in continuità post-ricovero ha messo a disposizione colloqui clinici in video chiamata fino a completamento della convalescenza: con la ripresa della capacità di deambulazione, la ragazza avrebbe eventualmente la possibilità di accedere al S. competente di Psicologia Clinica del territorio di residenza. Il controllo farmacologico proposto ma non completamente accettato è stato rimandato al medico di famiglia dopo essere stato modificato ulteriormente con la proposta di Venlafaxina ed EN da ridurre e sospendere appena possibile. Tali indicazioni sono state formalizzate sulla lettera di dimissione.

## Conclusioni

Lavorare nel contesto ospedaliero implica la vicinanza alla malattia, evento acuto o cronico nella vita di un individuo, imprevisto e non rappresentato in quanto traumatico con la necessità di accogliere all'interno di un campo inter-soggettivo il vissuto emotivo individuale. L'esperienza di malattia ripropone una condizione di estrema precarietà che è stata presente all'inizio della vita in una pressoché indistinguibilità tra somatico e psichico e richiede un approccio comprensivo.

Una clinica psicologica in ambito ospedaliero deve riconoscere la distinzione tra sofferenza mentale primitiva, disorganizzazione progressiva e disarticolazione psicotica. Le reazioni emotive legate al traumatismo vanno riconosciute all'interno di tale continuum e non inquadrare tout court in una psicopatologia. Talvolta può divenire necessario fornire un supporto farmacologico temporaneo in integrazione al contenimento relazionale (Lingiardi V, McWilliams N, 2019) e il rapporto con il consulente psichiatra risulta estremamente costruttivo laddove venga salvaguardata la visione psicosomatica della cura multidisciplinare.

Il caso trattato evidenzia la complessità dell'articolazione dell'intervento del S. di Psicologia all'interno della struttura ospedaliera e di come la relazione psicoterapeutica duale possa instaurarsi laddove esista un tessuto connettivo che la sostiene in costante interscambio con il sistema organizzativo.

\*AOU Modena

\*\*Dott.ssa Claudia Palmioli tirocinante Psicologo all'interno dell'U.O

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Baldoni F, (2010) La prospettiva psicosomatica, Il Mulino, Bologna.
- Ballerini A, Berti Ceroni G, (1986) "Interventi combinati e gruppo di lavoro in psichiatria" in Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica, a cura di Ammaniti M, Antonucci F, Luoni G, Borla, Città di Castello.
- Carli R, R.M Panizza (2003) Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica, ed. Il Mulino, Bologna.
- De Berardinis D, Dondi P, (2020) La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani, LINK – Rivista Scientifica di Psicologia, Roma.
- Dondi P, De Berardinis D, (2020) La Psicologia Ospedaliera oggi, AUPI Notizie n.3, Roma.
- Dondi P, (2007) Malattia cronica, acuta e situazioni traumatiche. Le diverse implicazioni emotive. In Pronto Soccorso Triage. Ed. Libreria Cortina, Verona.
- Gaddini E, (1989) Scritti 1953-1985, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lazzari D, (2013) Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici, Tecniche Nuove, Milano.
- "Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia Clinica e di Comunità", (2021) Regione Emilia Romagna
- Lingiardi V, McWilliams N, (2019) Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Matte Blanco I, (1981) L'inconscio come insiemi infiniti, Einaudi, Torino.
- Scoppola L, (2005) L'esperienza di essere sé, Franco Angeli, Milano.
- Scoppola L, (2011) La parola non trovata, Franco Angeli, Milano.
- Solano L, (2013) Tra mente e corpo. ed. Raffaello Cortina, Milano.

## **Hospital psychology new frontiers: the multidisciplinary approach**

The modern Hospital is a productive organization which provides services to people and is continuously changing in order to cope with important cultural modifications. It occupies a central position in the field of health care, in the public and private sectors, owing to the presence of specialists from all areas of medical care working in the same institutional health care context. Treatments available in such institutions have reached extraordinary levels of medical – technological complexity, which could hardly be imagined a few years ago, for example robotic surgery and hybrid operating theatres, intensive care techniques, transplantations, prosthesis mioelectric reconstructions, etc. To work in a general Hospital means being part of an organization with highly symbolic functions: admittance, treatment, care, reparation, derogation of death, life end, organs donations, possibly perfect births, recovery, rebirth, "resuscitations".

KEY WORDS: Hospital psychology service, multidisciplinary approach, clinical psychology, differential diagnosis

---

link  
■ memoria

