

## Il lavoro di *équipe* e il lavoro di rete in oncologia

L. CALIGIANI<sup>1</sup>, M. TADDEO<sup>2</sup>

### RIASSUNTO

*L'articolo presenta una riflessione sul significato di rete nel lavoro clinico psiconcologico. L'evoluzione del sistema di cure può provocare un ingorgo di attività professionali non coordinate che vedono nella figura dello psiconcologo un possibile trait d'union. Viene descritta, in un'ottica gruppo-analitica, una possibile lettura della diffusione traumatica attraverso le équipes di operatori. Si evidenzia, come prevenzione al burn-out per lo psiconcologo, l'importanza di lavorare con un gruppo di colleghi e la creazione di una dimensione interiore (gruppo interno) "sufficientemente buona". Si delineano sommariamente le ambivalenze insite nella fondazione dei gruppi e la commistione, all'interno delle strutture organizzative deputate alla cura, di elementi razionali ed elementi emotivi soggiacenti, che si manifestano come motivazione latente, verso i quali si strutturano meccanismi di difesa. Compito dello psiconcologo è rendere visibili questi aspetti allargando il pensiero dell'équipe di operatori in cui lavora.*

PAROLE CHIAVE: gruppo di psicoterapia, staff medico ospedaliero, aspetti emozionali.

### SUMMARY

*The article presents a reflection on network significance in psycho-oncological clinical work. The evolution of the cure system can cause a loophole of uncoordinated professional activities that see in the figure of the psycho-oncologist a possible trait d'union. It is described, from a group-analytical viewpoint, a possible reading of traumatic diffusion through the teams of operators. It is highlighted as prevention of burn-out for the psycho-oncologist, the importance of working with a group of colleagues and the creation of a "sufficiently good" internal dimension (internal group). Summaries of the ambivalence inherent in the founding of the groups and the mingling of rational elements and underlying emotional elements that manifest themselves as latent motivation and defense mechanisms. One task of the psycho-oncologist is to make these aspects visible by widening the thinking of the hospital medical staffs where he works.*

KEY WORDS: group psychotherapy, hospital medical staffs, emotional aspects.

## Il lavoro d'*équipe* e il lavoro di rete in oncologia

L'arcipelago cancro è una metafora perfettamente attinente alla complicazione del reale; il male oscuro viene celato ancora oggi, ma all'oscurità si è sostituito l'accecamento abbagliante della moltitudine di riflettori, di attori. La multidisciplinarietà e la complessità di un approccio bio-psico-sociale con una multifattorialità crescente rischiano di tramutarsi in caos.

Nell'attuale fase storica convivono tendenze molto discordanti fra loro. Il predominio dell'ottica statistica dell'approccio "Evidence-Based" porta a protocolli

standardizzati, generalizzati e deresponsabilizzati. Contemporaneamente la competizione tra strutture pubbliche e tra pubblico e privato porta sempre di più a pensare modalità terapeutico-assistenziali di alto livello, personalizzate. La cura della malattia oncologica deve fronteggiare il fantasma dell'efficienza, mal correlato con la percezione del limite; la diminuzione delle risorse economiche e il parallelo aumento dei carichi di lavoro tende alla spersonalizzazione ed alla alienazione dei curanti. A volte pare di procedere per ossimori tra l'ottimizzazione delle risorse e il tentativo di migliorare la qualità della vita del paziente e del suo contesto, contesto in cui rientrano anche i curanti. Nella pratica quotidiana ci troviamo di fronte ad una serie di interventi che confliggono tra loro e che si soprammettono senza un filo conduttore che dia loro coerenza.

Da qui la funzione della psiconcologia quale collante tra le strutture professionali che ruotano intorno

<sup>1</sup> Medico psicoterapeuta, direttrice SOSD di Psiconcologia dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro, Bagno a Ripoli (FI), Italia

<sup>2</sup> Psicologo psicoterapeuta, Firenze, Italia

Indirizzo per la corrispondenza:

Lucia Caligiani

E-mail: lucia.caligiani@uslcentro.toscana.it

al paziente (oncologi, infermieri, assistenti sociali, radioterapisti, fisioterapisti, amministrativi, ecc.) durante le varie fasi della malattia in un'ottica d'integrazione di saperi, di presa in carico a 360° del paziente nel suo intero essere.

Come le ferite del corpo del paziente hanno la necessità di una mente in grado di sentirne il dolore e di ripararle, così ogni *équipe* che lavora nell'ambito dell'oncologia deve fare i conti con una ferita che ne strappa la pelle psichica sia individuale sia grupppale. Da tale squarcio fuoriescono temi e contenuti che inevitabilmente riverberano nel processo assistenziale e che necessitano di un tempo e di uno spazio per essere elaborati. In particolare, come le cellule altamente indifferenziate del cancro invadono il corpo e i sistemi che lo costituiscono, così i pensieri non pensati, "metastatizzano" la mente degli operatori, con conseguente disseminazione patologica a distanza.

Il concetto di rete fa pensare a un insieme di nodi equipotenziali, mentre la metafora, che, secondo noi, meglio descrive il funzionamento dei gruppi che si muovono intorno alla malattia è quella dei cerchi concentrici generati da un sasso su uno specchio d'acqua (Rodari, 2012). L'evento traumatico rompe l'equilibrio e crea delle perturbazioni che vengono in parte assorbite e in parte rifratte. La malattia oncologica e la morte (il sasso) rappresentano l'estraneo conosciuto, l'ospite sgradito che, in qualunque momento, può presentarsi alla porta e, con violenza, penetrare la nostra esistenza, saccheggiandola delle certezze, mettendoci a nudo di fronte all'impensabile. Ogni gruppo coinvolto riceve parte dell'attivazione del trauma, della rottura narrativa dell'evento malattia, metabolizza, trasforma e si "ammala" quanto possibile in base alle sue funzioni, alla sua resilienza ed ai suoi fantasmi istituzionali, rifrange il resto ad un altro gruppo, ad altri gruppi che, ad un altro livello, ripetono lo stesso meccanismo di assorbimento e rifrazione. Si tratta di una mente multi-grupppale comunitaria che si modella intorno ad un nucleo centrale, ovvero alla persona malata ridotta a malattia impersonale, contenendola e distanziandosene al tempo stesso. Si osserva sempre questo doppio movimento di contenimento e di distacco, di assorbimento e rifrazione di contenuti grezzi, non elaborati. I curanti si ammalano contagiando, inconsciamente, il contenitore sovrastante, che, da parte sua, cercherà di rielaborare la malattia, tentando un'auto-guarigione a sua volta, lasciando materiale non elaborato ai contenitori contigui.

I *Day hospital* oncologici e gli *Hospice* sono luoghi

di confine, dove l'attrito tra organizzazione razionale e carichi emotivi istituzionali raggiunge l'acme, dove l'immaginario collettivo proietta le angosce terrifiche della morte, dove gli operatori, inconsapevolmente, agiscono difensivamente attraverso l'idealizzazione, l'evitamento e lo spostamento. Un esempio significativo di questi movimenti difensivi viene fornito dall'avanguardia della presa in carico, quel che si chiama *simultaneos care*, ovvero l'integrazione tra terapie oncologiche e cure palliative.

L'*équipe* di oncologia ha sicuramente il compito di "curare" la patologia, ma non tutti i casi evolvono positivamente, dunque viene messo in campo quello che è l'esperto del fine vita, ovvero il palliativista. Sottostante alle motivazioni razionali manifeste, si può fantasticare in fondo il bisogno di allontanare la morte, di lasciarla in "periferia" e poi occultarla del tutto all'interno degli *hospice*. Come se dietro a una logica organizzativa e di miglior presa in carico del paziente, attraverso protocolli operativi, la razionalizzazione delle risorse e definizione di ambiti di cura, vi fossero anche passaggi inconsapevoli di bisogni ed angosce inconfessabili, una difesa dalle angosce abbandoniche e la speranza di favorire un lutto anticipatorio nei confronti dei pazienti. I palliativisti dal canto loro, caricati di questo materiale "incandescente", si difendono proclamandosi onnipotentemente i detentori del mistero della morte, in modo da pensare di poterla controllare. Nei gruppi di operatori oncologici e di cure palliative si assiste spesso ad un "ingorgo emotivo", che blocca il pensiero e la creatività.

Lo psiconcologo ha, dunque, il compito di osservare, sentire, predisporre il terreno d'incontro degli operatori con il paziente, con i suoi familiari e con gli operatori tra di loro. Per poter funzionare da collante, è necessario che lo psiconcologo sia portatore di un suo "gruppo interno" sufficientemente buono (Winnicott, 1974). La sua "cassetta degli attrezzi" è costituita dall'introiezione della propria *équipe* di lavoro. Più urgente che altrove diventa allora la necessità di immaginare questa figura professionale come costituita da una pluralità di parlanti, patente diviene l'impossibilità di concepire lo psiconcologo come figura solitaria, operante al di fuori di un'*équipe*, di una struttura istituzionale, che gli fornisca una costolatura grupppale. L'essere parte di un'*équipe* di lavoro non significa lavorare costantemente o esclusivamente in gruppo, ma che, durante lo svolgimento della propria attività, sia rivolta al singolo sia al gruppo, si abbia la consapevolezza di essere pensati e di poter accedere a uno

spazio simultaneo o successivo di riflessione e di risonanza. Supervisioni, intervistazioni, riunioni d' *équipe* diventano imprescindibili strumenti di monitoraggio e manutenzione, purché rimanga lampante la seguente avvertenza, valida sia per i gruppi clinici con i pazienti sia con i gruppi con gli operatori sia all'interno del proprio gruppo di lavoro.

La fondazione di un gruppo è sempre lavoro impervio e denso di pericoli, difficile non cedere alla tentazione di considerarne la nascita come evento "naturale". Viene spontaneo sottolineare la coesistenza, all'interno di ogni gruppo, di elementi operativi, manifesti, razionali e di elementi basici, inconsci, proto-mentali secondo la distinzione proposta da Bion (Bion, 1961). Nel complesso si genera la formazione di un "campo" sensoriale che ingloba tutti e che dà luogo a creazioni comuni, che non appartengono più a ciascun individuo, ma al gruppo, e che definiscono il modo in cui il gruppo si rappresenta. La sensazione di facilità e di naturalità, il bisogno quasi impellente di raccontarsi, spesso, hanno a che fare proprio con i fenomeni basici che bloccano il pensiero e impediscono al gruppo di compiere un lavoro <sup>1</sup>. Diventa facile confondere il pettegolezzo e la riflessione clinica, pur nella consapevolezza della loro matrice comune. La storia evolutiva che in gruppo si vive è una storia che si dipana a senso unico e contemporaneamente sembra riattraversare configurazioni sovrapponibili, una storia metaforicamente rappresentabile dalla figura a spirale.

"La spirale ruota intorno ad un asse e ci consente di sintetizzare la pluralità di dimensioni e movimenti che costituiscono la nostra esperienza temporale nel gruppo. Si va, dunque, avanti, ma con la possibilità di tornare allo stesso punto relativamente alla distanza dell'asse, anche se su piani diversi, dal momento che in ogni incontro e per ogni individuo sono presenti contemporaneamente livelli multipli di realtà" (Corbella, 2003). Inoltre come ci fa acutamente notare Calvino "ogni livello di realtà agisce su un altro piano di livello di realtà e lo trasforma" (Calvino, 1986). In ogni gruppo si mette in scena il complesso intreccio che caratterizza i gruppi interni di cui siamo portatori <sup>2</sup>, all'interno del quale si dipana l'oscillazione tra fusione

ed individuazione che ogni partecipante al gruppo deve essere in grado di sostenere.

Lo psicologo deve, dunque, essere in grado di tenere in mente le ambivalenze del funzionamento dei gruppi, in particolare dei gruppi di curanti, in modo da favorire uno spazio riflessivo capace di rendere consapevoli questi aspetti, che, altrimenti, si ripercuotono sui pazienti e gli operatori in un movimento circolare senza soluzione di continuità.

Per fare ciò senza restare invischiato, incappando in un blocco del pensiero tipico del *burn-out*, occorre che come " ... il paziente terminale ha bisogno di sentirsi vivo nella mente dell'analista, per poter compiere l'atto creativo finale che permette di proiettarsi in una continuità ideale con i propri discendenti" (Quadrio, 1985), così lo psicologo ha il bisogno di sentirsi pensato, perché essere pensati significa essere in relazione con l'altro e, quindi, vivo. In questo mestiere la vitalità è uno dei requisiti importanti da cui attingere capacità di simbolizzare, anche quando si ha la sensazione di soccombere ad una morte "psichica" tipica dell'anestesia emotiva.

Vorremmo, a titolo esplicativo, riportare l'esperienza vissuta con i gruppi di bambini e genitori in lutto condotti simultaneamente da due psicoterapeuti e da due osservatori, dove "nel corso degli incontri ogni terapeuta partecipante avvertiva [...] la naturale risonanza che assumevano le parole e i movimenti affettivi all'interno di ogni singolo gruppo e *captava* il risuonare oltre le pareti, [...] avvertiva di essere pensato da altri e a propria volta [...] rivolgeva una parte del proprio preconsenso al gruppo che si dispiegava nella stanza vicina. Ci è venuto spesso [di dire], nelle discussioni congiunte che seguivano gli incontri, che "l'inconscio passa sotto le porte e attraverso le pareti" attivando un interscambio di parti in ciascuno di noi (Caligiani, Taddeo, 2013). È come se il nostro pensiero gruppale, all'interno del *setting* che avevamo strutturato, potesse svolgere una funzione di *holding* affettivo che permetteva di affrontare le angosce più profonde con cui ciascuno di noi deve inevitabilmente fare i conti.

"Nella storia di ogni gruppo assistiamo a fasi, o stagioni, in cui sono predominanti gli aspetti fusionali, che attengono alla costruzione ed al consolidamento del senso di Noi e all'appartenenza gruppale. In altre stagioni predominano i movimenti di individuazione, dove emergono le 'persone', attraverso riattualizzazioni dei processi di nascita psicologica, di riattraversamento delle proprie matrici in un ripensamento

<sup>1</sup> Altrove ho preso in considerazione la funzione di assemblaggio degli assunti di base che, in alcuni momenti della vita di un gruppo possono rappresentare una spinta per il superamento di impasse di tipo nichilistico-depressivo (Taddeo, 2010) - "Fusionalità e individuazione" - tesi di specializzazione non pubblicata.

<sup>2</sup> Acutamente Corrao definiva ogni lavoro psicoterapeutico personale come imprescindibilmente gruppale (Corrao, 1998).

della storia personale legata al processo di separazione-individuazione” (Taddeo, 2010). Questa oscillazione dialettica sta a fondamento di ogni processo evolutivo-trasformativo e rappresenta l’orizzonte necessario per mantenere un buon assetto di navigazione.

### **Letture consigliate**

- Bion WR (1961) Esperienze nei gruppi. Armando, Roma, 1971.
- Bleger J (1966) Il gruppo come istituzione ed il gruppo nelle istituzioni, in Psicoigiene e psicologia istituzionale. Lauretana, Loreto, 1989.
- Caligiani L, Taddeo M. Il bambino nell’adulto, l’adulto nel bambino in Grupale-duale. Il lavoro clinico in psicoanalisi con bambini e genitori - Volume primo, a cura di Corrente J, Ma.gi editore, Roma, 2013.
- Calvino I. Una pietra sopra. Einaudi, Torino, 1986.
- Corbella S. Storie e luoghi del gruppo. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Corrao F. Orme, volume secondo. Contributi alla psicoanalisi di gruppo, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Quadrio A, Catellani P. Psicologia dello sviluppo individuale e sociale, Vita e Pensiero Ed., Milano, 1985.
- Rodari G. Un sasso nello stagno, Salani, Firenze, 2012.
- Taddeo M (2010) Fusionalità e Individuazione – Tesi di specializzazione in Psicologia clinica, Università di Firenze - non pubblicata.
- Winnicott D. Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo, Armando, Roma, 1974.