

Formazione e fantasie sulla malattia oncologica

Anna Maria De Luca

Abstract

Il lavoro sulle fantasie collettive legate alla malattia, all'interno di un più complessivo lavoro di formazione individuale e interdisciplinare, possa essere un utile strumento per individuare e dare senso a rappresentazioni molto potenti, in grado di produrre distorsioni anche pericolose, se razionalizzate o rimosse. La loro trasversalità può rappresentare un terreno di incontro per pazienti ed operatori nel lavoro di riappropriazione del diritto di investire ed avere fiducia nelle proprie capacità di vitali e riparative, anche se invisibili ed attaccate.

Parole-chiave: malattia, fantasmizzazione, formazione degli operatori, capacità vitali

Il Servizio di Psicosomatica, che nel suo impianto sostanziale è stato formalizzato all'interno della clinica ematologica nel 1986, deriva da una lunga fase di ricerca, formazione e collaborazione con operatori dell'area psicosociale a partire dall'avvio dell'era chemioterapica e dei primi tentativi, nell'ambiente universitario romano, di migliorare il decorso di malattie (leucemie, linfomi) sino ad allora considerati inevitabilmente mortali e non passibili di terapia. Dalla metà degli anni '70, allora ematologa, mi sono dedicata alla ricerca nell'area della psicosomatica e della prevenzione del rischio psicopatologico. Dopo una fase di formazione psicologico-psicodinamica ho assunto il coordinamento dell'attuale servizio per la ricerca, l'assistenza e la formazione in area psico-oncologica.

Il termine psicosomatica rispecchia l'area delle interazioni tra fenomeni biologici, psicologici e relazionali nel processo dell'ammalarsi e nell'evoluzione della malattia. Poiché tale termine è usato in molte accezioni diverse, è necessario precisare che nella particolare formazione del servizio si riferisce allo sforzo costante di non irrigidire l'esperienza all'interno di teorie deterministiche, a partenza organica o psicologica, ma piuttosto di cercare di raggiungere l'intreccio dinamico dei tanti linguaggi che la persona utilizza per esprimere il suo malessere. Il principale interesse è per gli interventi nati da e per l'esperienza di malattia, che potranno oppure no evolvere verso una richiesta di psicoterapia classica, ma tale evoluzione non può rappresentarne l'obiettivo, pena l'uso manipolativo della relazione. Ovviamente, se l'intervento riesce ad attivare un processo di elaborazione dell'esperienza, può consentire di individuare bisogni sommersi e facilitare l'accesso ad una psicoterapia classica.

Il primo punto da sottolineare, perciò, è che mi riferisco ad un lavoro sulla frontiera psico-somatica, che coinvolge tutta l'ambiguità della difficile relazione tra biologia e psicologia, tra medicina e psicoterapia.

Le terre di mezzo...quei luoghi desolati, eppure talvolta splendidi, che dividono due nazioni, due modi di essere, due culture. Terre di mezzo, terre di nessuno. Le attraversi veloce, dopo aver varcato un confine. Ti senti un poco straniero. Nessuno si ferma...L'uso della citazione, tratta da un giornale dedicato all'immigrazione e all'emarginazione, è il tentativo di comunicare attraverso una metafora la necessità di attraversare, nella relazione con le persone malate, l'esperienza di confine tra mente e corpo, una sorta di area intermedia ove il bisogno è presente, ma la richiesta non ancora identificabile.

Il servizio deriva anche dalla più generale evoluzione dell'oncologia e dall'investimento che su di essa è stato fatto dall'istituzione medica e psichiatrica. La sensibilità ai problemi psicosociali dei pazienti oncologici ha avuto un impulso straordinario rispetto ad altri settori della medicina. Gli insperati successi terapeutici, l'aumentata frequenza della malattia, la persistenza del mistero tumore ha reso difficilmente eludibile la necessità di occuparsi dell'impatto sociale e psicologico della malattia su pazienti, curanti, ambiente. A nostro avviso rispecchia anche la spinta riparativa per il tabù sociale che investe la malattia tumore e chi ne è portatore. Ancora oggi è difficile non identificare la diagnosi di neoplasia con l'ineluttabilità della morte. In ogni caso la terapia dei tumori è vissuta come una sfida ai confini biologici e culturali della morte, le terapie causano sofferenze e non garantiscono la guarigione. Ma le due sfere, quella psicoaffettiva e quella medica, sembrano poste una accanto all'altra. Le iniziative scientifiche e tecnologiche evolvono in parallelo ad iniziative di solidarietà sociale, professionali e di volontariato, per rendere la vita dei pazienti più "umana". La mancanza di un vero programma integrativo assistenziale e formativo rispecchia non solo la storica diffidenza della medicina nei confronti della funzione psichica, ma anche la difficoltà dell'istituzione psichiatrica a venire in contatto con l'esperienza somatica della sofferenza. Le obiezioni più frequenti sono l'urgenza dei decorsi, la realtà della perdita, separazione e morte, la difficoltà di lavorare a livello simbolico e in tempi utili su qualcosa che è concretizzato dalla malattia. Il problema da elaborare è in realtà la difficoltà per tutti ad investire su un paziente del cui futuro non si può prevedere niente. Per di più tale paziente porta nella relazione tutto il bagaglio dei sintomi, della sofferenza, delle trasformazioni somatiche, delle manipolazioni mediche.

Uno dei principali problemi è come accedere al livello simbolico dei vissuti corporei senza dissociare il paziente dalla sua concreta esperienza. Le modalità della diagnosi e della cura possono indurre il paziente a vivere la malattia su un corpo scisso, trattato come un oggetto esterno. Emozioni, paure e bisogni di dipendenza possono essere così ignorati o repressi. D'altra parte l'approccio psicologico può indurre il paziente a vivere la malattia su un piano psichico scisso dal somatico, idealizzando la sofferenza e la morte, rinunciando di fatto a incertezze e speranze, oppure utilizzando l'interpretazione simbolica come una negazione della realtà fisica della malattia e producendo, attraverso l'intellettualizzazione, una scissione psicosomatica simile, anche se di segno opposto, a quella indotta dalla cultura medica tradizionale. Si può così creare una collusione nella fantasia onnipotente di controllare con la mente il

corpo malato. La relazione acquista un valore magico, la dipendenza difficile da utilizzare e da risolvere.

Nella nostra esperienza molto importante è stata una particolare formazione biologica e psicodinamica, elaborata attraverso supervisioni e lavoro in gruppo, per sopportare l'incertezza e la drammaticità dell'esperienza fisica e psichica dei pazienti senza perdere di vista il fondamentale obiettivo di lavorare in quell'area ove bisogno psichico e somatico sono confusi e proiettati all'esterno.

Uso della regressione

La regressione alla dipendenza, che la malattia necessariamente induce, favorisce la attivazione di fantasie primitive, che collegano l'esperienza attuale, biologica e relazionale, a strutture interne legate alla storia personale e transgenerazionale. A livello dell'esperienza della malattia, quindi, la forma biologica ed il tipo delle cure non solo influenzano le conseguenze fisiche e relazionali, la qualità della vita, ma attivano anche emozioni, pensieri e fantasie inscrivibili in un contesto di senso derivabile dal bagaglio di credenze ed esperienze personali e culturali, conscie ed inconscie. Il senso della malattia sarà, quindi, a livello manifesto quello fornito dalla spiegazione medica e dalle scelte terapeutiche, a livello più profondo da un sistema di interpretazioni e ricostruzioni che vanno a costituire una sorta di teoria parallela, che molto influenza l'atteggiamento dei pazienti e delle famiglie nei riguardi della malattia. specularmente funziona il substrato esperienziale e culturale del personale curante, che, se scisso dall'apparato tecnico professionale ed ignorato, agirà comunque controtransferalmente nella relazione terapeutica. Tanto più la regressione è importante, tanto più ci si avvicina a modalità di pensiero magico, poco traducibili in una transazione tra paziente, curanti e ambiente che si attesti difensivamente solo su livelli razionali e pseudoadulti.

Nel caso di un intervento psicologico diretto all'integrazione dell'esperienza psicofisica della malattia nella storia del paziente e del suo contesto, il lavoro sulle fantasie relative alla malattia e alla cura può rappresentare uno strumento importante per cogliere come i messaggi biologici e le comunicazioni con l'ambiente di cura ed il contesto sociale vengano tradotti nel particolare idioma del paziente. Il lavoro sulle fantasie legate alla malattia, quindi, consente di creare un ponte tra realtà biologica ed esperienza psichica, che dia ad entrambe diritto di cittadinanza e, per così dire, di conoscenza reciproca.

L'area di incontro è il vissuto somatico e ciò che il paziente sa, pensa ed immagina della sua malattia. Nel tentativo di verbalizzare, tradurre l'esperienza, il linguaggio stesso utilizza allusioni, suggestioni, modi di dire, comuni anche al linguaggio popolare e al linguaggio medico, alla base di una comunicazione apparentemente esplicita e concreta, ma in larga misura metaforica. Si può quindi ricostruire una sorta di linguaggio della malattia a partire proprio dalle metafore più comunemente usate e che mettono in luce le fantasie che il processo biologico veicola. Ciò aiuta il paziente ad esprimere le proprie fantasie e consente di convergere sempre più in profondità verso il significato che quel particolare paziente dà della sua particolare malattia. Tale

processo può considerarsi preliminare al processo di elaborazione simbolica. Ma le fantasie che si sviluppano in fase di regressione portano direttamente al cuore di strutture molto profonde, su alcune delle quali converge il vissuto del gruppo a vari livelli: il gruppo familiare, sociale, culturale. In questo senso si crea, a livello inconscio, un'area di rappresentazioni collettive, condivise dall'ambiente di cura e che è alla base delle collusioni tra aspetti difensivi dei pazienti e del personale curante. Infatti la relazione con pazienti in fase di regressione attiva meccanismi di identificazione-proiezione difficili da riconoscere ed analizzare, emersione di problematiche evolutive non risolte, ansie di contaminazione e di perdita di controllo sui propri strumenti. L'apparato tecnico della medicina ed il mito dell'obiettività scientifica possono essere inconsapevolmente utilizzati per difendersi dal mondo di esperienze, fantasie ed emozioni sentiti come minacciosi, che verranno espulsi o razionalizzati, piuttosto che accolti e compresi.

Ciò riguarda anche il terapeuta e richiede una continua attenzione nel lavoro di controtransfert, poiché tocca le corde della sopravvivenza biologica e dell'onnipotenza scientifica, a contatto con esperienze somatiche e manipolazioni mediche sulle quali non può avere nessun controllo e che può essere molto difficile accogliere empaticamente senza sentirsi confusi o minacciati. In assenza di una adeguata formazione, che permetta di comprendere l'espressione somatica della malattia e di una possibilità di lavoro e di scambio con l'area medica, il terapeuta riceverà gli stessi messaggi del paziente, in termini di assiomi pseudoscientifici e di subliminali suggestioni, senza essere in grado di distinguere tra realtà e fantasia, con l'angoscia, per di più, di mettere in crisi la delega magica alla medicina del potere di dare risposte certe sulla possibilità di vivere o morire.

A nostro avviso, quindi, un importante strumento per lavorare con il paziente solo sui nuclei psichici collegati alla malattia e di elaborare i correlati profondi del controtransfert è un lavoro sulle fantasie che la malattia attiva negli operatori, già presenti nelle metafore che vengono usate per parlarne, che ripropongono le fantasie collettive condivise e quelle prevalenti nelle persone malate di uno stesso tipo di malattia.

La malattia oncologica

Senza poter sino in fondo spiegarne il perché, l'assistenza ai pazienti oncologici, in senso medico, psicologico, sociale, deve in qualche modo rappresentare una istituzione separata, temuta ed idealizzata, ma che comunque mantenga l'illusione di non entrare in contatto diretto con il cancro. E' come se, in presenza della malattia tumore, ci si debba dividere in chi si distanzia e cerca di estraniarsene e chi se ne occupa per tenerlo sotto controllo. Tale stigma è profondamente radicato dal punto di vista culturale e, se oggi è più raro sentire definire apertamente il cancro "quel brutto male", "quella malattia innominabile", occorre comunque affrontare un particolare lavoro di elaborazione di angosce profonde di isolamento e di contaminazione. Le fantasie che possono circolare in un gruppo di lavoro sulla malattia oncologica sono riferibili a tre livelli. Le rappresentazioni collettive dominanti, che sono poco e

lentamente modificabili dalle scoperte scientifiche e dal livello culturale, come se poggiassero su strutture arcaiche poco raggiungibili da un vaglio razionale. Le rappresentazioni legate allo specifico tipo di tumore ed agli organi coinvolti, che, come è intuitivo, assumono un valore reale e simbolico assai differente da tipo a tipo di tumore. Le rappresentazioni legate alle esperienze individuali, sia personali che familiari e agli assunti del gruppo di appartenenza. Questi tre livelli si incrociano in vario modo, ma a noi sembra che il livello più individuale è forse il più accessibile alla elaborazione con un appropriato lavoro di tipo psicodinamico. Più difficile è scalfire le fantasie più profondamente radicate culturalmente, poiché hanno a che fare con criteri normativi, etici e comportamentali che vengono dati per scontati, trasmessi, più che scelti e spesso ritenuti strutture portanti del sistema di valori del quale si fa parte.

E' quindi particolarmente importante cercare di tenere presente, nel lavoro di formazione, la necessità di avvicinarsi a questo livello, se si vuole realmente entrare in rapporto con i pazienti che attraversano l'esperienza di malattia.

In questa sede portiamo alcune riflessioni su quelle che sono le più diffuse associazioni che abbiamo incontrato nel lavoro clinico e con le équipes di assistenza, già enucleabili dalla descrizione della malattia neoplastica.

Il tumore è una malattia mortale caratterizzata dalla crescita indefinita ed anarchica di cellule dell'organismo stesso divenute maligne senza una causa chiaramente individuabile e in grado di paralizzare le normali difese dell'organismo da ciò che è divenuto diverso da sé. Il tumore è quindi caratterizzato dal rischio mortale, dalla misteriosità, dall'aspetto autogenerativo della proliferazione maligna.

Tumore=morte

Una prima diffusa associazione è che tumore sia sinonimo di morte, nonostante esistano molte malattie a grave rischio mortale. Viceversa, una percentuale sempre più alta di tumori può essere curata o avere un andamento cronico con buona qualità di vita. L'ambiguità scientifica sulla natura e la terapia dei tumori e l'evidenza di guarigioni non previste è molto destabilizzante a livello psichico. E' così che la gravità della malattia, l'aggressività delle terapie e l'incerto controllo sulle cause ed il decorso clinico introducono sin da subito la dimensione dell'urgenza e della morte e un inconsapevole bisogno di ancorarsi a criteri univoci e definiti.

Una prima conseguenza è che quando si parla della comunicazione della diagnosi di tumore, spesso ci si pone l'interrogativo se sia giusto o no dire "la verità" ai pazienti. Tale interrogativo, che mette in dubbio in modo radicale la necessità della comunicazione della diagnosi come base indispensabile del contratto terapeutico, sembra legato fundamentalmente alla rappresentazione che abbiamo della malattia. Un medico, nel comunicare la diagnosi di L. di Hodgkin, spiega tutto sulla malattia, compresi i rischi di evoluzione sfavorevole in assenza di una terapia adeguata. Non usa però il termine tumore "non posso usare il termine tumore, perché dentro di me sono convinto che l'Hodgkin non sia un tumore: se lo dicessi trasmetterei una realtà alla quale non credo".

In questa affermazione sono contenute due chiare equivalenze: tumore non implica una possibilità di morte, ma una certezza; pronunciare la parola tumore è come inoculare la morte nel paziente.

Che la diagnosi venga comunicata o no, l'aspettativa di guarigione o di vita statisticamente valutate viene spesso inconsapevolmente trasformata nella realtà futura del paziente e questo pesa molto sulle strategie, le scelte terapeutiche, le relazioni, introducendo una sorta di "timer" inconscio deformante. E' come se si producesse una confusione tra probabile e certo, tra speranza e illusione.

Negli anni '70 un paziente affetto da Linfoma di Hodgkin con riespansione della malattia mi viene inviato per effettuare le indagini preliminari all'impiego delle allora nuove chemioterapie. Il paziente rivelò che desiderava fare il punto della sua situazione, ma non intendeva curarsi, perchè tanto sapeva di avere solo nove mesi di vita. Quando chiesi da cosa avesse tratto tale convinzione, il paziente spiegò che era la prognosi fatta al momento della diagnosi e che, d'accordo con il medico curante, aveva allora deciso di effettuare solo una radioterapia palliativa. Quando gli feci notare che erano passati 9 anni, e che quindi la prognosi di 9 mesi era già smentita, il paziente sembrò subire un violento shock, una sorta di angoscioso disorientamento spazio-temporale: guardava e riguardava le sue cartelle cliniche come se le vedesse per la prima volta. Gli feci allora notare che, forse, l'unico modo per lui ed il suo medico di sfuggire alla disperazione o alla negazione maniacale conservando la fiducia negli strumenti obiettivi della scienza, era stato di congelare il tempo per poter pensare per lunghi 9 anni di avere almeno 9 mesi di vita.

Il paziente si è poi curato ed guarito, ma è stato necessario un lungo periodo di sostegno psicologico per fronteggiare una profonda crisi depressiva, e, successivamente, l'ansia per la riacquistata possibilità di progettare.

Specularmente non è infrequente che, quando un paziente è davvero vicino all'ultima fase della sua vita, la morte colga di sorpresa i curanti.

E' stato inviato alla consulenza psicologica un paziente con linfoma HIV correlato per anoressia, apatia e depressione. Il paziente era considerato molto grave, ma ancora sufficientemente compensato sul piano clinico. Il medico voleva offrirgli un sostegno per combattere ancora. Il consulente, invece, ebbe l'impressione che la morte fosse imminente. In effetti il medico curante comunicò 2 giorni dopo che il paziente era morto e confidò, con profonda angoscia, che pur sapendo la gravità della situazione aveva come scotomizzato quanto la fine fosse vicina.

Gli esempi clinici mirano a sottolineare che il miglioramento della prognosi non sembra sufficiente a bilanciare l'ampia variabilità dei decorsi. La necessità di stare in all'erta per il rischio di improvvisi incidenti di percorso e di evoluzione sfavorevole si collega ad un vissuto di non avere tempo e l'angoscia di non avere tempo dura spesso molti mesi nei casi sfavorevoli, anni nei casi che guariranno. In altri termini, è come se nella relazione con i pazienti oncologici si sia confrontati con un lutto impossibile. Tenere conto del rischio e della speranza significa essere in difficoltà a prepararsi ad una separazione certa e definitiva, la morte, o ad elaborare i cambiamenti prodotti nel "dopo malattia". Il fantasma della morte possibile, protratto per molti anni, costringe

ad una sorta di sospensione spazio-temporale alla quale si tenta di sfuggire o negando il rischio o considerando i pazienti sin da subito come terminali. L'accanimento terapeutico o la rinuncia alle terapie possono, quindi, essere determinate dalla sofferenza di sopportare l'incertezza e l'incognita del destino dei pazienti. L'elaborazione del lutto per la perdita delle fantasie onnipotenti sulla vita e sulla salute, per la perdita di funzioni e parti di sé potrebbe, invece, avviare un processo di cambiamento evolutivo, che consenta di esplorare nuove risorse e restituire senso al presente, incerto che sia l'orizzonte. Un primo lavoro trasformativo potrebbe essere il passaggio dall'equivalenza tumore=morte all'equivalenza tumore=elaborazione del lutto=cambiamento. Questo ci sembra una prima necessità nel lavoro terapeutico.

Il tumore come nemico interno

Ce ne sono tante di queste terre di mezzo nella vita, frontiere invalicate, luoghi ed esperienze attraversati in fretta, senza quasi alzare lo sguardo; spazi dove l'altro non solo è uno straniero ma forse anche un nemico. Questa ulteriore citazione, utilizzata in un seminario sull'immigrazione, esemplifica il disagio, la diffidenza e la incomprendibilità evocati dall'incontro con l'altro in quanto estraneo al proprio mondo, incontro che promuove il contatto con lo straniero che vive in ognuno di noi. Freud paragona il rimosso ad una terra straniera interna. Ma se lo straniero reale si presta alla proiezione fuori di noi di inquietudini e paure inconsce, la malattia oncologica rimanda ad uno straniero, ad un nemico interno insieme reale e fantasmatico.

La descrizione della malattia oncologica come una crescita maligna, indefinita ed anarchica di cellule impazzite dell'organismo stesso rimanda all'inquietante fantasia di una trasformazione mostruosa e mortifera di una parte di sé che si trasforma in altro da sé diabolico ed onnipotente, una angosciosa confusione tra malato e malattia, vittima e persecutore. L'inspiegabilità delle cause e la potente vitalità omicida del cancro si prestano a fantasie persecutorie molto arcaiche, che rimandano ad una qualche colpa, personale o della stirpe, che investe il cancro della valenza di nemesi e profondamente induce un senso di impotenza di fronte al proprio destino. I pazienti e le famiglie vivono una sensazione di vergogna, si sentono segnati socialmente e moralmente, sino, in alcune culture, a non affrontare le cure e a morire della propria malattia nel segreto della casa, pur di non ammettere lo stigma della colpa inconfessabile. La nonna di una giovane paziente dice "se ti è successo tutto questo, qualcosa devi avere fatto". Di fronte all'obiezione che i bambini malati di tumore non possono avere fatto niente di male, ribadisce che loro scontano le colpe dei padri. Questo aspetto spiega ad un livello più profondo il vissuto di ineluttabilità della morte, che investe la malattia cancro e di trasgressività per chi lo combatte. Sembra suggestivo, in tal senso, che alcune teorie psicosomatiche sul cancro ricorrono a interpretazioni e definizioni legate a miti arcaici, nei quali i temi della colpa e della punizione sono in primo piano. Chiozza, psicoanalista argentino che sviluppa una teoria genetica delle malattie a partire da fantasie inconsce, rivisitando l'Edipo in Freud e Klein parla del cancro come legato alla fantasia di un coito

narcisistico incestuoso e di una sorta di gravidanza mostruosa ermafrodita. Senza entrare nel merito della validità o meno della teoria di Chiozza, possiamo rilevare che non solo utilizza un linguaggio derivato dal mito e dal rimosso, ma lo concretizza come causa della malattia.

La regressione maligna

La proliferazione neoplastica si accompagna ad una sorta di regressione cellulare con perdita di competenza e specificità funzionale. Le cellule sembrano riprodursi in modo afinalistico, fuori del controllo dei meccanismi che regolano l'adattamento e l'identità somato-psichica alle modificazioni dell'ambiente esterno ed interno. La regressione pazienti oncologici, meccanismo che se ben gestito ed accolto consente di utilizzare la dipendenza per affidarsi e farsi curare, assume però i connotati fantasmatici della perdita di controllo del sé, che sembra come trascinato in una sdifferenziazione mortale. La malattia oncologica, quindi, sembra rappresentare una regressione maligna con caratteri degenerativi e disgreganti. In qualsiasi fase del ciclo vitale la malattia si manifesti, viene spesso vissuta in modo persecutorio come una punizione per le istanze evolutive e differenziate, una concretizzazione delle angosce di separazione. D'altra parte, ad un livello ancora più sommerso, l'immagine di rottura delle regole, l'anarchia ed il trionfo del replicante, che la proliferazione neoplastica evoca, può rappresentare il contatto con il perverso ed il perturbante, una estrema libertà onnipotente pagata a caro prezzo.

Ciò pesa particolarmente nelle malattie ematologiche che, riguardando l'apparato emopoietico, sono per loro natura sistemiche ed invasive. I tumori solidi in fase non metastatica sono circoscrivibili e pensabili in un organo, un luogo anatomico, usufruendo della più tranquillizzante fantasia di un nemico circoscrivibile. Per quanto riguarda le malattie ematologiche, il carattere ubiquitario e circolante del sistema emopoietico, il coinvolgimento di funzioni primordiali di nutrimento, di difesa e di sviluppo dell'identità del "self" rimandano a fantasie di una colpa genetica e di una contaminazione mortale, rendendo difficile immaginare parti di sé preservabili, sane. Frequente è la domanda se le malattie ematologiche siano ereditarie. Come si dice "legami di sangue", "è del mio sangue", così si dice della leucemia "il sangue cattivo", alludendo implicitamente al fallimento di una buona funzione materna.

Il contagio

Le fantasie inconsce ed i vissuti somatici più regressivi passano attraverso canali comunicativi molto primitivi con il carattere del contagio e della paralisi del pensiero. E il tema del contagio sembra un fantasma aleggiante, che molto determina dei comportamenti sociali ed individuali, dalla convinzione più esplicita e subculturale che esista un contagio reale, ad inibizioni più subdole che, in nome dell'angoscia e del senso di impotenza, rendono difficile avvicinarsi ai portatori di cancro. L'aspetto più in luce è la paura delle emozioni dolorose e della depressione. Una infermiera confessa di uscire dalla stanza quando il paziente piange, perché non sa che dire. Quando un collega le fa notare che si può non dire niente e condividere un momento

di depressione, abbassa gli occhi e dice “ma se non ne esco mai più?”. Al di là della paura del contagio da parte delle angosce di depressione e perdita, crediamo che sia molto più potente ed inconfessabile l’angoscia di entrare in contatto con angosce arcaiche di trasformazione, colpa e persecuzione, di assumere dentro di sé al fantasma dell’alien, il perverso mister Hide come molti pazienti lo chiamano, che il cancro rappresenta.

Le istituzioni oncologiche

Tutto questo può investire la malattia di un potere distruttivo totalizzante, non è possibile immaginare forze autenticamente riparatrici. E’ così che l’istituzione oncologica assume la valenza non solo di depositaria della cura, ma anche di contenitore delle angosce proiettive, divenendo, per estensione, un veicolo contagioso di morte e di mistero.

Per quanto riguarda l’istituzione, la realtà e il fantasma dell’urgenza e della morte possibile satura spazi e tempi, paralizza la progettualità. La durezza e i rischi delle terapie sembrano a volte più dolorosi della stessa malattia. Tale meccanismo può favorire lo strutturarsi di comportamenti involutivi, rinforzare il vissuto di essere inaccettabili per il mondo dei normali e determinare un iperinvestimento sull’ambiente di cura, che produce appannamento e favorisce il passaggio dal “come se” a “è”.

La scissione e l’idealizzazione forniscono una possibilità di distanziamento delle fantasie più persecutorie.

Una modalità è quella di investire la ricerca e l’apparato tecnologico per la diagnosi e la cura di una valenza magica salvifica, automatizzata e indifferente alle potenzialità vitali individuali. Tale assunto è illusorio e pericoloso, se si tiene conto che, ogni volta che una persona malata guarisce, l’area sconosciuta di funzionamento ed adattamento biologici è molto più ampia di quella dei rimedi che abbiamo apportato. Un’altra modalità è quella di sviluppare relazioni affettive personalizzate con i caratteri dell’idealizzazione e della stereotipia. Pazienti, curanti, gli stessi servizi psicologici possono colludere nella difesa di vivere le strutture e i tempi della cura come un mondo chiuso e protetto, sotto controllo, ove devono essere riparativamente offerte tutte le gratificazioni e le risposte. La malattia è vissuta in modo eroico, è inconsapevolmente ostacolata l’espressione di conflitti, l’esplorazione di nuove risorse e la fuoriuscita dalla dipendenza.

Da tali premesse discende che la realizzazione di un servizio istituzionale per pazienti oncologici richiede un complesso e permanente lavoro di formazione e verifica, tenendo conto che una istituzione che si occupa di pazienti con un cronico rischio mortale è investita di angosce molto profonde. Per assolvere il compito senza essere invasa o paralizzata, pone in atto una serie di scissioni necessarie per l’operatività. Il personale curante si identifica con le competenze tecniche, non potendosi permettere lo smaltimento della tensione emotiva e la condivisione dei sentimenti negativi. Il personale dell’area psicologica diventerà l’esclusivo depositario della sfera emozionale e relazionale, con il compito talvolta esplicito di difendere l’ambiente dal

contagio delle angosce e delle sofferenze emotive dei pazienti. In questa condizione lo psicologo vivrà spesso un conflitto tra le problematiche dei pazienti e quelle dei curanti, assumendosi inconsapevolmente il mandato di proteggere entrambi senza metterli mai in contatto. L'effetto è la paralisi del compito di ascolto, elaborazione e mentalizzazione dell'esperienza, sul quale è imperniata la sua funzione. Quando tale scissione si sclerotizza e non viene più percepita, si verificano per entrambi i tipi di operatori, curanti e psicologi, gravi conseguenze: crolli depressivi, contrapposizioni e rivalità tra ruoli, patologie da stress, fuga nell'agito, abbandono. In questo clima i fantasmi istituzionali non sono fronteggiabili, per quel che serve e quel che è possibile, a livello individuale e totalmente interno, perché essere parte di una istituzione non consente, oltre un certo limite, una metalettura.

Riteniamo, quindi, che il lavoro sulle fantasie collettive legate alla malattia, all'interno di un più complessivo lavoro di formazione individuale e interdisciplinare, possa essere un utile strumento per individuare e dare senso a rappresentazioni molto potenti, in grado di produrre distorsioni anche pericolose, se razionalizzate o rimosse. La loro trasversalità può rappresentare un terreno di incontro per pazienti ed operatori nel lavoro di riappropriazione del diritto di investire ed avere fiducia nelle proprie capacità di vitali e riparative, anche se invisibili ed attaccate.

Un medico dice, per spiegare ad un bambino la leucemia e la terapia: "nel tuo midollo ci sono le mamme cattive; ora le dobbiamo uccidere per far crescere le mamme buone". Questa metafora, che attinge inconsapevolmente ad un linguaggio quasi kleiniano, usa l'immagine un po' raccapricciante del matricidio della mamma cattiva, ma introduce almeno l'immagine che esiste una mamma buona che è possibile salvare e far crescere.

Bibliografia

Algini M.L., Lugones M. (1999): Emigrare. In (M.L. Algini e M. Lugones) *Emigrazione e sofferenze d'identità*, Borla ed. 1999, Roma.

Chiozza L.A. (1978): *Psicoanalisi e cancro*, Borla ed. 1981, Roma.

De Luca A.M. (1997): La psicoterapia in ambito istituzionale: interventi in oncologia ematologia. In (C.Bressi, G. Invernizzi) *Interventi psicoterapici in oncologia*, (19-30), CIC Edizioni Internazionali, Roma.

De Luca A.M. (1999): Atteggiamento dei curanti nella comunicazione con il paziente oncologico e consenso informato. Una indagine esplorativa. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 1, 2, 46-51.

De Luca A.M. (2001): Experiences and thoughts on training in psycho-oncology. *Funzione Gamma*, (www.funzionegamma.edu), 6, 2001.

De Luca, Mazzei R. et al (1992): Gruppo Balint con operatori oncologi: resoconto di una esperienza. In (G. Crocetti) *Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia*, Borla ed. Roma.

De Luca A. M., Mastroianni L. et al (1992): Problemi di integrazione in una équipe medico-psicologica. In (G. Crocetti) Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia. Borla ed. Roma.

Vetrone G. (1986): Introduzione. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*. 1, (1-10).

Anna Maria De Luca,