

## Esperienze e riflessioni sulla formazione in psico-oncologia

*Anna Maria De Luca*

### Abstract

Sono riportati casi di medicina oncologica e trattamenti nel campo medico-psicoterapico per indicare come sia ambiguo e complesso il compito medico nell'area di frontiera fra biologia e psicologia. I casi riportati coimportando una fantasmatica coinvolgente dimostrano come sia necessario che l'operatore sia messo in grado di identificarsi non solo con la sofferenza più evidente, quella dell'utente, ma anche con quella degli operatori, che in genere è più difficile riconoscere proprio perché, attraverso la scissione, scompare o viene proiettata altrove.

**Parole-chiave:** medicina psicosomatica, psicoterapia, medicina oncologica, lavoro di confine, formazione degli operatori

L'ambito della psico-oncologia comprende esperienze, riflessioni e tentativi di teorizzazione in un'area di frontiera psico-somatica, che coinvolge tutta l'ambiguità della difficile relazione tra biologia e psicologia, medicina e psicoterapia. Quel trattino che, come Winnicott dice (1966), unisce e separa.

Ci si è chiesti perché in oncologia sia dato per acquisito ciò che è dibattuto o ignorato in altri ambiti di confronto tra medicina e psicologia. La malattia oncologica, infatti, sembra aver scavalcato dubbi e contrapposizioni, poiché è opinione diffusa che sia necessario prenderne in considerazione, in una qualche forma, le implicazioni psichiche.

Una prima considerazione riguarda l'immaginario rispetto al cancro, che pone una equazione tumore=morte radicata in modo profondo e peculiare rispetto ad altre malattie gravi potenzialmente mortali. L'indeterminatezza delle cause e l'aspetto autogenerativo di una malattia definita come una crescita maligna, indefinita ed anarchica di cellule impazzite dell'organismo stesso evoca l'inquietante fantasia di una parte di sé che si trasforma in altro da sé distruttivo e mortifero, una angosciata confusione tra vittima e persecutore. L'attivazione di fantasie molto primitive e persecutorie coinvolgono la relazione paziente-famiglia-curanti-ambiente, costringendo ad attestarsi o solo sugli aspetti concreti della malattia o ad idealizzarne gli aspetti di sofferenza e martirio, che colloca i malati di cancro in una dimensione diversa, altra. La ricerca di modelli interpretativi di relazione lineare psico-somatica possono rappresentare anche il tentativo difensivo di circoscrivere categorie, costellazioni psichiche alle quali imputare in via esclusiva la causa del cancro. Da qui discende una ulteriore considerazione. La crescente sensibilità ai problemi psicosociali dei pazienti oncologici può rispecchiare anche la condizione di emarginazione e la spinta riparativa che tali pazienti evocano. La terapia dei tumori è

vissuta come una sfida ai confini biologici e culturali della morte, le terapie e le innovazioni tecnologiche sono spesso ancora a carattere più o meno sperimentale, causano rischi e sofferenze e, nonostante i successi terapeutici ottenuti in molti tumori, non garantiscono a priori la guarigione. Pazienti, famiglie, curanti devono convivere per anni, nei casi favorevoli, con l'incertezza e il fantasma dell'urgenza, oscillando tra depressione e negazione maniacale (De Luca, 1997).

Su questi presupposti, la crescente frequenza dei tumori e la non soluzione del mistero tumore hanno attivato richieste di interventi di supporto e di formazione psicologica. Tutto ciò può rispecchiare anche la necessità di curanti e contesto di poter meglio fronteggiare le angosce identificatorie nella relazione.

### **Esperienza di gruppo nella formazione universitaria post-lauream**

Nell'ambito dell'assistenza globale al malato oncologico, nonostante una pluralità di esperienze di grande interesse, non esiste a tutt'oggi un percorso culturale e formativo istituzionalmente definito e riconosciuto che permetta un confronto sugli scopi, i metodi e gli ambiti dell'intervento psicologico in oncologia. L'esperienza fatta come docente del Corso di perfezionamento universitario post-laurea in Psicologia Oncologica dell'Università di Roma La Sapienza rappresenta uno dei passaggi di un processo personale e culturale in divenire ed in costante confronto con altre esperienze romane e nazionali. Il corso, di durata semestrale, fornisce un primo livello di sensibilizzazione alle problematiche medico-psicologiche legate all'assistenza dei pazienti oncologici. E' aperto a medici e psicologi e si può dire inquadrabile nell'ambito della psicologia clinica. Il corso, ovviamente, non abilita all'attività psicoterapeutica.

In generale, gli aspetti medici e gli aspetti psicologici sono trattati separatamente da oncologi e psicologi, questi ultimi con prevalente formazione psicodinamica. Per il mio percorso professionale da ematologa a psicologo medico responsabile di un Servizio di Psicosomatica per pazienti oncologici, mi è stato affidato il compito di integrare aspetti medici e aspetti psicologici attraverso lezioni sulle implicazioni psichiche delle malattie ematologiche e un gruppo di discussione a partire da situazioni e casi clinici. La numerosità del gruppo è oscillata tra 6 e 12 partecipanti; la frequenza è stata settimanale, con incontri della durata di un'ora e mezzo per un totale di circa 16 incontri, svolti presso uno studio del Servizio di Psicologia oncologica.

I partecipanti sono stati prevalentemente psicologi o medici con in corso una specializzazione psichiatrico-psicoterapeutica. Con l'eccezione di un gruppo, nessuno dei medici era oncologo. Non abbiamo abbastanza elementi per spiegare tale dato, che andrebbe confrontato con gli altri corsi di psico-oncologia. Si potrebbe ipotizzare che gli oncologi già operativi possano avere maggiori timori di esporsi ad una crisi del proprio assetto professionale, con il rischio di perdere riferimenti certi nel lavoro quotidiano. In secondo luogo può essere difficile per l'unica figura professionale per

così dire esperta confrontarsi con medici e psicologi ad un primo livello di formazione.

Il gruppo di discussione ha avuto l'obiettivo di fornire una occasione di sperimentare le fantasie e i vissuti attivati dalla malattia oncologica. L'intento è stato anche di evidenziare la necessità e la possibilità di integrare gli aspetti tecnici della cura e il bisogno psichico di dare senso all'esperienza. La chiave di lettura è stata psicodinamica. Oltre ad essere la prevalente formazione del conduttore, il modello psicoanalitico è quello che maggiormente lavora sui meccanismi psichici in fase di regressione e sulla elaborazione simbolica dell'esperienza. A nostro avviso ciò è indispensabile per comprendere la comunicazione di pazienti che inevitabilmente, per la gravità e le peculiarità della malattia oncologica, vanno incontro a fasi di regressione somato-psichica anche molto profonda ed evocano reazioni controtransferali negli operatori spesso primitive e difficili da percepire ed elaborare senza una adeguata formazione. Tale comprensione ci sembra la indispensabile base per consentire la mentalizzazione di una esperienza come il cancro che, con la sua schiacciante concretezza e il vissuto d'allarme che evoca, favorisce scissioni e negazioni massicce non economiche dal punto di vista biologico e psicologico.

## **Peculiarità**

Si è trattato di una tipologia di lavoro in gruppo non riconducibile ad esperienze univoche e ciò ha comportato continui adattamenti e ridefinizioni. Al momento tale esperienza è sospesa per riflettere sulla validità e su eventuali modificazioni. L'aspettativa dei partecipanti è stata spesso di sperimentare un gruppo Balint (Balint, 1957). In realtà, pur essendo l'esperienza balintiana fondante per chi voglia lavorare sui meccanismi psichici nella relazione con pazienti somatici (Comazzi, 1995; Carbone, 1995), tale tipo di gruppo se ne discosta per molte caratteristiche. Innanzi tutto, all'interno del corso il gruppo non era opzionale, cioè non era formato in base ad adesioni volontarie né prevedeva una selezione. Questo a mio avviso è stato un limite per poter affrontare più in profondità alcuni temi emersi senza correre il rischio di trasformarlo in una sorta di terapia di contrabbando. In secondo luogo prevedeva la copresenza di medici e psicologi con l'obiettivo, trasversale a tutto il corso, di lavorare sul confronto tra ruoli. Ciò ha consentito di mettere a fuoco alcune problematiche tipiche delle équipes multiprofessionali. Questo, a nostro avviso, è stato uno degli aspetti più fecondi. In terzo luogo, uno dei fili conduttori è stato quello del lavoro sugli aspetti biologici delle varie patologie oncologiche, sulle loro peculiarità e sulle fantasie specifiche ad esse correlate. Questo aspetto rispecchia non solo la mia duplice formazione, ma soprattutto la personale esperienza di quale debba essere il bagaglio professionale necessario a chiunque si proponga di dare un aiuto a pazienti con malattia somatica in atto, che intenda cioè lavorare sull'interlinea psico-somatica senza perdere di vista uno o l'altro dei bisogni del paziente. Su tale terreno è in corso una ricerca di confronto e sperimentazione con altri gruppi di lavoro. Infine, la definizione della durata del gruppo in un relativamente breve arco di tempo

ha richiesto una grande attenzione a non interpretare aree inelaborabili in quell'arco di tempo, ma ha consentito di lavorare sull'ansia della separazione e della perdita, così presenti nell'esperienza della malattia oncologica.

### **Suggerimenti da un gruppo**

Un problema di identità. All'apertura del gruppo i partecipanti parlano delle esperienze personali di familiari o conoscenti malati di cancro e della necessità di imparare cosa si deve fare per dare l'aiuto che loro stessi non hanno ricevuto. Si crea una confusione tra sani e malati, tra apprendimento ed elaborazione del lutto. Sembra che il contatto con il cancro si possa affrontare solo attraverso il distanziamento e l'intellettualizzazione.

Tumore uguale a malattia terminale Il primo caso clinico è stato di un paziente terminale e inconsapevole, secondo il relatore, della sua gravità. Si trattava di un paziente con un cancro infiltrante e devastante a partenza dal cavo orale, bendato, incapace di parlare. Il paziente non sa e non comunica. Verrà definito l'uomo invisibile.

Entra in campo la paralisi operativa e del pensiero indotta dall'angoscia. Nella discussione il gruppo sembra non poter far circolare emozioni e fantasie, viene posta in atto una difesa di tipo medico, sono sollecitate notizie anamnestiche e descrizioni minuziose. Campeggia la solitudine e il senso di impotenza dello psicologo, isolato dal gruppo medico e destinato ad essere guardato con diffidenza come colui che svelerà la realtà della morte. Può lo psicologo farsi carico di questo paziente; può il gruppo farsi carico del suo oggetto? Regressione alla dipendenza L'unica maniera per fronteggiare la situazione sembra essere la delega ad una figura forte e accudente, che possa creare una realtà illusoria e gratificante. Nei successivi incontri emerge che il paziente invisibile è stato un forte fumatore e bevitore, incapace di dare regole in famiglia, ma attivo nel suo lavoro. La moglie sembra aver assunto su di sé la parte normativa ed ora è lei il portavoce del marito. Il cancro sembra concretizzare i bisogni di dipendenza e permette di regredire in una relazione di coppia esclusiva, che però non può avere transazioni sul piano di realtà: il paziente non deve sapere. Il gruppo fantastica sul cancro come punizione ed estrema erotizzazione orale; permette una regressione profonda, ma a patto di perdere la voce in capitolo, avanzare richieste. Il gruppo propone di non attaccare la dipendenza, ma di sostenere il ruolo accudente della moglie, perché possa comprendere meglio le emozioni del marito. Appena ci si accosta a fantasie, pensieri ed emozioni una psicologa bruscamente invita il gruppo a non fare castelli in aria, a stare con i piedi per terra ed attenersi ai fatti: la psicologa si fa carico di una parte medica, come difesa dal pensare, dal contagio delle fantasie. Il rischio mortale del crescere Si affronta il problema della differenziazione e individuazione attraverso il caso di una terapia di coppia. La terapia viene avviata per richiesta della moglie, che, a partire da un linfoma poi guarito, ha avuto altri due tumori di incerta prognosi. La signora vive tutte e tre le situazioni come un'unica malattia e sospetta che siano causate da qualcosa che non va

nella sua vita. E' arrabbiata e delusa della sua vita di coppia. Ottiene le attenzioni esclusive del marito solo quando è malata, sente che è arrivato il momento di emanciparsi dalla malattia. Dalla storia emerge che il linfoma è insorto quando, in età molto giovane, si è sposata perché in attesa di un figlio, peraltro voluto dalla coppia. La malattia costringe la signora a riaffidarsi alla propria famiglia di origine, il figlio viene praticamente allevato dalla nonna. Il figlio, descritto dal terapeuta come bellissimo e intelligentissimo, si è tirato fuori per permettere una terapia di coppia. Ci si sofferma a riflettere sulla natura del linfoma, tumore del tessuto linfatico, normalmente coinvolto nella difesa e nell'acquisizione dell'identità. Il tumore sembra rappresentare l'incapacità di differenziazione e separazione, arriva con la gravidanza trasgressiva ed il matrimonio, la signora sembra rinunciare al ruolo materno, consegnando il figlio alla propria madre. Il figlio, descritto con forte idealizzazione, sembra doversi tenere lontano e incontaminato. Sembra che sia difficile per il gruppo crescere e differenziarsi, formulare progetti e fantasie generative senza correre gravi rischi. La coppia sembra fondarsi su un meccanismo regressivo legato al ripetersi di una minaccia mortale. I successivi tumori suscitano fantasie di tappe di uno sviluppo perverso, degenerativo. Si formula l'angosciosa ipotesi che l'aspetto ideale del figlio sia in realtà un tratto schizofrenico.

### **Il tema del contagio**

Questo caso sembra incrinare la possibilità di mantenere una chiara distinzione tra malattia fisica e malattia psichica e si attiva l'ansia del contagio sino alla frantumazione del pensiero. Specularmente la notizia che in corso di terapia il marito va incontro a problemi fisici oscuri ed inquietanti, che causano anche un ricovero, attivano il timore che stare a contatto con le emozioni legate al cancro contagi la malattia. Chi accudisce si ammala.

Il caso si chiuderà con un ulteriore aggiornamento che procura sollievo ed euforia nel gruppo: dopo l'interruzione legata agli eventi di malattia del marito, peraltro risolti, la terapia della coppia si è sbloccata e sono in corso cambiamenti evolutivi. Crisi e cambiamento L'ultimo caso impegna gli ultimi incontri del gruppo e ne rappresenterà l'epilogo. Ad uno psicologo è stato segnalato il caso di una giovane donna con un cancro in fase avanzata. Il caso è stato segnalato allo psicologo dalla sorella che gestisce la cura della paziente. E' l'unico membro della famiglia non ammalata di cancro e l'unica ad aver scelto uno lavoro e uno stile di vita diverso dal resto della famiglia. Impone però il silenzio sulla reale gravità del male non solo per quanto riguarda la paziente, ma anche per quanto riguarda genitori e amici intimi. La famiglia sembra finta, perbene, molto attenta alla propria immagine. Nessuno sa fino in fondo la verità rispetto alle malattie.

A fronte di relazioni conformistiche, idealizzate, vi è un dentro devastante, il cancro, come concretizzazione di fantasie anarchiche e potenti. L'unico testimone che si assume la verità, ne impedisce la circolazione. Lo psicologo è incastrato tra la spinta

ad aiutare la paziente e il mandato di non infrangere l'illusione. Il gruppo, che si identifica in una famiglia contagiata dal cancro, sembra chiedersi se si può affrontare l'immaginario e la realtà della malattia oncologica rinunciando alla scissione e all'idealizzazione.

Dopo un primo contatto, la paziente si ricovera in un'altra città, le notizie sono imprecise, si fantasma che non ci sia più niente da fare, solo terapie palliative. Il gruppo vive l'angoscia che non ci sia più tempo per formulare un programma di aiuto psicologico, l'impotenza è schiacciante. Siamo per chiudere il corso, il gruppo si lamenta di non aver ricevuto regole certe di comportamento per affrontare la comunicazione e la relazione con i pazienti con cancro. E' possibile comunque entrare in relazione con un oggetto così precario e a rischio? Sottolineo che siamo per separarci e che l'oggetto dei nostri incontri rimanda ad una forte angoscia di perdita. Forse mi vogliono segnalare che non c'è tempo, ma forse neanche la possibilità per portarsi dentro qualcosa di buono dei nostri incontri. Siamo stati in contatto con molte emozioni dolorose, ma non siamo preparati al lutto.

Nell'incontro successivo lo psicologo comunica che la paziente terminale non è più terminale, farà un'altra terapia. Si è messo in contatto con i medici e ha affrontato la chiarificazione degli incerti confini della prognosi e del programma terapeutico, che inizialmente gli sembravano inessenziali. Non si sa come finirà, ma ci sono margini per un miglioramento: la paziente continua a rispondere alle cure. Lo psicologo l'ha incontrata, sembra vivace, attiva, sta organizzando una vacanza. Lo psicologo la sente incerta sul loro lavoro, forse percepisce che l'aiuto è stato sollecitato per aiutarla a morire, mentre lei vuole essere aiutata a vivere. Assumeremo le parole dello psicologo come epilogo del gruppo. Il terapeuta esplicita di essere in una fase di confusione e di cambiamento. Viene da una formazione psicoterapeutica direttiva, che pensava di mettere al servizio di un accompagnamento al morire dei pazienti terminali.

Si è trovato non di fronte al cancro e alla morte, ma a situazioni di vita molto diverse e imprevedibili sul piano fisico e psichico. Ha un senso di smarrimento, gli schemi sono saltati. Si sente come un esploratore in un nuovo campo, ha bisogno di capire la strada fatta e di individuare come continuare. Quello che sentiva come passività terapeutica, l'ascolto, ora è ciò che sente di dover fare. Non sente la necessità di uscire dall'impasse, non vuole più fuggire nella razionalizzazione e nell'organizzazione in base a rigide caselle vita-morte, diagnosi-prognosi. Sente di voler conoscere di che si tratta e di cosa ha bisogno il singolo paziente, per potersi collocare in quel segmento che, come terapeuta, può onestamente offrire. Ci salutiamo rinunciando a porci l'interrogativo: quanto può vivere oppure quando morirà. Il problema è comprendere e condividere la vicenda somatica e scoprire con il paziente che senso ha questa esperienza, per poter accettare le perdite e trovare strumenti evolutivi per percorrere quel tratto di vita che sarà dato percorrere.

## **Temi ricorrenti**

Nell'esperienza dei vari gruppi, frequentemente è emerso il vissuto che i pazienti oncologici siano equivalenti a pazienti terminali e tale identificazione potrebbe essere collegabile al fatto che spesso ancora oggi l'aiuto psicologico viene richiesto solo quando si affievoliscono le possibilità di sopravvivenza. Nelle discussioni è emerso che il gruppo percepiva confusamente sullo sfondo che sino a che vi è possibilità di cura medica non vi è necessità di cura psicologica. Molto del lavoro è servito a mettere a fuoco quanto non affrontare un aiuto ad elaborare l'esperienza nelle fasi precoci della malattia per poter percorrere un cammino doloroso ed incerto anche nei casi favorevoli, significativi rinunciare ad uno strumento molto potente per rinforzare l'area delle motivazioni alla vita e dei possibili cambiamenti adattativi che possono amplificare le possibilità di riuscita della cura e permettere al paziente di fare scelte il più possibile consapevoli. Infatti, un precoce e corretto approccio psicologico non incide solo sulla qualità di vita, ma anche sulla evoluzione della malattia. Un lavoro di tale tipo acquista anche un valore preventivo delle conseguenze psicopatologiche nel lungo periodo, che costituiscono una delle conseguenze più costose dell'esperienza dei pazienti oncologici e delle loro famiglie. Alcuni medici hanno esplicitato il timore che lo psicoterapeuta, occupandosi anche delle emozioni negative invece di mascherarle, può togliere energie e deprimere il paziente. In questo senso sono emerse frequentemente preoccupazioni e diffidenza soprattutto verso la formazione psicoanalitica. Come ha detto un partecipante questi palombari dell'inconscio vedono colpe dappertutto. Tale intervento ci ha permesso di mettere in luce un aspetto persecutorio legato al cancro. Il gruppo segnalava l'angoscia di scoprire una relazione tra colpa e malattia. Spesso i pazienti, di fronte all'inspiegabilità delle cause e alla potente vitalità omicida del cancro (Fornari 1985, Chiozza 1978), chiedono ma cosa ho fatto per meritarmi questo? Molti trovano una risposta personale, individuano la loro nemesi e più o meno consapevolmente sentono che è inutile combattere il destino. Poter permettere di lavorare su questo è molto importante al fine di ridurre il senso di ineluttabilità del destino di morte ed espiazione che il cancro induce. In assenza di una elaborazione del binomio colpa-espiazione il cancro assume il valore di una equivalenza simbolica che impedisce di dare senso e inibisce scelte e comportamenti verso la vita.

Un caso clinico: una madre di una giovane paziente ha un crollo emotivo violento quando la figlia è a grave rischio di vita. Le sfugge il segreto che non aveva mai condiviso con nessuno: una storia della sua famiglia di origine fatta di violenza, perversioni e delinquenza. Si era giurata di costruire una famiglia ideale, esente da macchie e conforme alle regole. La paziente, prima figlia, viene dedicata a dio per riscattare la famiglia materna. Ma il suo tentativo di espiazione è fallito, la punizione ora è arrivata. A. non ha mai fatto nulla che potesse essere fonte di dispiacere per i genitori, è coraggiosa, allegra, ottimista, un vero modello per tutto il reparto. Piange solo con me, a fatica rivela paura e rabbia, si rifiuta di manifestare questi sentimenti

alla madre, è sicura che ne sarebbe danneggiata. In questo giuoco A. non rivela sintomi premonitori delle complicazioni che hanno rischiato di farla morire per non preoccupare la madre.

Un'altra costante è stata la non comunicabilità sul cancro. Frequentemente i partecipanti hanno dibattuto se dire o non dire la verità sulla diagnosi e sulla prognosi, dividendosi trasversalmente tra medici e psicologi. Un aspetto interessante è stato che diagnosi e prognosi, in termini di probabilità statistica, erano invariabilmente identificate con la certezza del destino del singolo paziente. La necessità emotiva era di avere di fronte una qualche certezza, anche se negativa, per sopportare le ansie persecutorie legate alla fantasia di un nemico invisibile pronto a sferrare l'attacco in ogni momento. In ogni caso i partecipanti sembravano dimenticare che per legge e per la necessità di una corretta conduzione delle cure non è discrezionale comunicare o no diagnosi e prognosi. Il fantasma che è circolato continuamente è stato che parlare apertamente di cancro significhi inoculare la morte (De Luca, 1999). Su questo aspetto è stato più che mai evidente quanto in realtà comunicazione tecnica e comunicazione emotiva si confondano quando si tratta del cancro, con offuscamento di fattori deontologici e necessità professionali. E in tal senso gli psicologi, inconsapevoli degli aspetti tecnici e degli obiettivi di cura della malattia che vincolano primariamente medico e paziente, non erano in grado di percepire i rischi di una comunicazione non realistica. Nei loro interventi spesso le motivazioni per una comunicazione chiara della diagnosi erano esclusivamente legate a considerazioni etiche. L'immagine era che l'apparato tecnico della cura fosse qualcosa di oggettivo e indifferente alle modalità con le quali il paziente la comprende e la applica. Come dice la De Benedetti Gaddini (1992), come può il medico discutere delle angosce di morte del suo paziente, se forse ha studiato medicina proprio perché voleva mettere sotto controllo le proprie angosce e non osava incontrarle? Aggiungiamo, come può lo psicologo accostarsi al senso di un reale rischio mortale, se sceglie la strada del simbolico per esorcizzare la morte e non incontrarla mai?

### **La formazione psicosomatica e la crisi di ruolo**

Le implicazioni psichiche delle malattie somatiche possono essere studiate in termini di cause psichiche delle malattie, in termini di conseguenze psicosociali dell'evento malattia o, infine, come relazione multifattoriale tra cause fisiche, psichiche e sociali nell'insorgenza e nell'evoluzione della malattia. Quest'ultimo appare un vertice con il quale, anche in assenza di una specifica teoria, ci si può approssimare ad un approccio clinicamente condivisibile. E' infatti evidente che scelte di vita, abitudini e stili di reazione emozionale condizionano la suscettibilità alle malattie e la loro evoluzione e, contemporaneamente, derivano dalle esperienze precoci e dai meccanismi di difesa/adattamento sviluppati nel corso della storia personale e transgenerazionale.



A livello dell'esperienza della malattia, la forma biologica e 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, cosce ed inconse. Il senso della malattia, quindi, sarà 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. Specularmene funziona il substrato esperienziale e culturale del personale curante, che, se scisso dall'apparato tecnico professionale ed ignorato agirà comunque controtransferalmente nella relazione terapeutica.

La nostra convinzione è, perciò, che non si possa richiamare l'attenzione sulle necessità e specificità formative nel campo dell'oncologia senza affrontarne il presupposto, e cioè la necessità di una integrazione culturale degli aspetti biologici e psicologici nel curriculum professionale di base di medici e psicologi. Senza una formazione di base che permetta di comprendere l'espressione somatica della malattia e di gestirne gli aspetti emotivi, relazionali e sociali, la psico-oncologia rischia di diventare un'area specialistica senza fondamenta. Il problema è come strutturare una possibilità di tenere dentro l'immagine di un insieme complesso senza perdere gli strumenti specifici del proprio ruolo. Infatti non solo è necessario prendere in considerazione gli aspetti bio-psico-sociali e affidarli a più figure professionali, ma è necessario che tutte le figure professionali che si occupano della persona malata abbiano strutturato nella loro formazione un patrimonio comune che permetta di comunicare, di decodificare il linguaggio del corpo e della mente, di decifrare i bisogni che rimangono confusi sullo sfondo, aiutando il paziente a divenirne consapevole senza considerarli competitivi con la gestione della malattia, di costruire un programma congruente, più efficace, meno costoso in termini personali e sociali.

In psicoterapia l'ascolto può essere definito come una speciale attitudine che presuppone empatia e capacità simbolica tali da consentire al paziente di rivivere e comunicare, attraverso il linguaggio verbale e non, i nuclei profondi del suo malessere, condividendoli ed accogliendoli nella mente. Ciò può essere assunto anche per i pazienti con malattie somatiche, tenendo presente che, nella inevitabile fase di regressione somato-psichica, essi parlano innanzi tutto con il corpo e che è questo che occorre sapere ascoltare attraverso il proprio psiche-soma. In oncologia il curante deve poter reggere la profonda regressione del paziente legata ad una minaccia mortale, ascoltarla ed accoglierla, identificandosi e non nella reale possibilità di morire (De Luca, Mazzei et al, 1992). Se il medico, che ha una esperienza fisica del corpo, deve poter accedere al livello dei significati del linguaggio corporeo, lo psicologo, formato al linguaggio simbolico della psiche, deve poter venire in contatto, aprirsi alla concreta vicenda corporea del paziente. Infatti, se le modalità della diagnosi e della cura possono indurre il paziente a vivere la malattia su un corpo

scisso, l'approccio psicologico può indurlo a viverla, tramite l'intellettualizzazione, su un piano psichico scisso dal somatico. E questo non è solo contraddittorio con il proposito di aiutare i pazienti ad integrare l'esperienza di malattia per ricostruire la continuità dell'esistenza e dargli un senso evolutivo, ma fornirà un meccanismo di difesa pericoloso, che, con una fantasia onnipotente di controllare con la mente il corpo malato, lo distoglie dalla possibilità di percepire appieno il bisogno somatico. Da questo punto di vista riteniamo necessario che gli operatori di area psicologica abbiano innanzi tutto un training personale consolidato per poter elaborare vissuti controtransferali molto angosciosi senza incorrere nel rischio dell'intellettualizzazione e dell'idealizzazione. In secondo luogo è necessario che siano consapevoli della forma biologica della malattia, delle procedure per la diagnosi e la cura, della prognosi e dei riflessi somatici così come sono presentati e rappresentati nell'ambiente di cura, del linguaggio verbale e non sul quale si fonda la relazione paziente-curanti. Osservazione e scambio con l'area medica aiutano a definire il contesto nel quale si svolgerà l'intervento (tempo, spazio, aspettative, obiettivi) e ad un livello più interno a distinguere tra fantasie controtransferali e ansie che la genericità del termine tumore inevitabilmente evoca. Occorre però essere preparati ad affrontare la crisi di ruolo che si produce nel corso di una formazione di tale tipo. La prassi medica ruota intorno ad un compito fondamentale: il fare, l'agire. Il campo operativo del medico è la concretezza. La prassi psicologica si impernia sull'ascoltare e comprendere, l'agire è controterapeutico. Lo psicologo si pone come catalizzatore delle reazioni psichiche del suo paziente. Il campo operativo dello psicologo è l'area dei significati e della elaborazione simbolica. Il paziente oncologico introduce la dimensione dell'urgenza e della morte, costringendo entrambi gli operatori ad entrare in una particolare crisi con i propri stereotipi. L'ambiguità scientifica sulla natura e la terapia dei tumori e l'evidenza delle guarigioni non previste induce, nell'immaginario medico, una oscillazione tra una sfida onnipotente all'equivalenza tumore=morte e l'angoscia di sperimentare la paralisi operativa ed il fallimento di quel compito fondamentale del guarire attraverso l'agire. Gli psicologi si trovano di fronte alla necessità di confrontarsi con la concretezza della malattia. Il setting è contaminato dalle manipolazioni mediche, dalla sofferenza fisica, dalla possibilità reale della perdita e della morte (De Luca, Mastroianni et al, 1992). L'incontro delle due competenze, quella del corpo e quella della mente, deve tenere conto non solo dell'esigenza di fondare un linguaggio condiviso, ma anche della particolare natura del proprio oggetto, un paziente cronicamente urgente e minacciato. Nelle prime fasi del confronto tra ruolo medico e ruolo psicologico si verifica una radicalizzazione e competitività degli assunti della propria scelta vocazionale. Il medico, non addestrato all'uso della relazione, identificandosi con il corpo malato, si sottrae alla comprensione simbolica della sofferenza somatica se non sperimenta l'accettazione del corpo da parte degli psicologi. Lo psicologo, non formato all'ascolto di quel corpo che gli è proibito toccare e manipolare, si schiera dalla parte delle emozioni e dei significati, chiuso nel cerchio magico della non intrusività nei riguardi della coppia medico-paziente.

-----

Si potrebbe dire che la formazione medico-psicologica si debba articolare sulla esigenza di contaminazione di parti scisse e solitamente protette dai rispettivi setting professionali per poter elaborare le ansie di perdita, di disconferma, di paralisi operativa.

Per chi si voglia occupare di formazione nell'ambito della psico-somatica e, in particolare, della psico-oncologia, occorre affrontare un costante lavoro di elaborazione del passaggio dalla scissione difensiva alla scissione operativa. Ancora una volta affidiamo la conclusione ad una considerazione di G. Vetrone (1986): un osservatore addestrato psicoanaliticamente, che entra in contatto con una istituzione, si accorge abbastanza presto del fatto che in essa operano scissioni inappropriate, poiché scopre con stupore, sdegno, angoscia, che alcuni bisogni umani vengono scotomizzati e che ci si rapporta all'utente come ad un oggetto parziale. Riconoscere le scissioni è una operazione sterile, se non si comprende l'angoscia specifica che ha reso necessaria tale difesa. E' necessario che l'osservatore sia in grado di identificarsi non solo con la sofferenza più evidente, quella dell'utente, ma anche con quella degli operatori, che in genere è più difficile riconoscere proprio perché, attraverso la scissione, scompare o viene proiettata altrove. Al di fuori di questo processo vi è spazio solo per un giudizio moralistico.

## **BIBLIOGRAFIA**

Balint M. (1957): *Medico, paziente, malattia*. Feltrinelli Milano, 1977

Carbone P. (1995): Il gruppo Balint e la medicina contemporanea. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*. 13, 2, (173-182)

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

Comazzi A.M. (1995): Il gruppo Balint e la formazione psicologica del medico. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 13,2, (165-172)

De Benedetti Gaddini R. (1992): L'ascolto terapeutico in oncologia, in (G.Crocetti) *Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia*, Borla ed. 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, 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

Fornari F. (1985): *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina Editore

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

Winnicott D.W. (1966): Psychosomatic illness in its positive and negative aspects *International Journal of Psycho-analysis*, 47 (510-516)

### **Notizie sull'autrice**

Anna Maria De Luca è psicoanalista (SPI), professore associato di ematologia presso la Facoltà di Medicina de La Sapienza Università di Roma.