

La malattia di una persona e un gruppo *inconsapevole di esserlo*

Luisa de Bellis

Abstract

Riflettere su una storia clinica conclusasi felicemente, su una vicenda che, repentinamente ed inaspettatamente, ha restituito molto più di quanto c'era sembrato di aver messo in gioco, è senz'altro appassionante, ma voglio subito sgombrare il campo da ogni sospetto di voler fare della «*psicosomatica selvaggia*» (Ferro 2006), come si potrebbe inferire dal caso clinico che segue.

Le considerazioni che propongo sono relative al valore strutturante che un lavoro di gruppo ha avuto per la mente di tutti i partecipanti, paziente compreso; e sono anche relative alla particolarità di questo gruppo che, tranne parziali insight, non è mai riuscito a rappresentarsi come tale.

Parole-chiave: gruppo, malattia, specialisti del dolore, introspezione, cura

La storia clinica

A. è un giovane uomo di 32 anni, affetto da arteriopatia obliterante giovanile di Burger che lo ha portato, nell'arco di tre anni, ad amputazioni progressive fino a non avere più gli arti inferiori.

È verosimile ritenere che la grave vasculopatia abbia trovato ottimo terreno di crescita in un'infanzia caratterizzata da lutti e bruschi abbandoni ed in una prima gioventù molto irregolare e con esperienze biologicamente distruttive. Persona accattivante, intelligente, simpatica, A. si fa rapidamente *affiliare* dal Reparto, è conosciuto da tutto l'ospedale, intesse relazioni amicali, intreccia anche un legame sentimentale all'interno. Per il primo Natale da ricoverato riceve in dono un televisore; per il secondo un PC portatile; intorno a lui circolano libri, CD di musica e cassette video.

L'ultima tranche di ricovero nel reparto chirurgico, protrattasi per nove mesi, porterà una profonda crisi nei rapporti fra il paziente e l'équipe fino alla sua "espulsione" e al successivo ricovero in un altro Reparto.

Da una parte il rapidissimo processo degenerativo della patologia, dall'altra il quadro relazionale e sociale del tutto privo di riferimenti familiari, hanno prodotto una situazione asilare per la quale l'ospedale era ed è tuttora completamente impreparato (1).

Eventi avversi anche molto gravi come una meningite, l'enorme difficoltà di controllare la severa sintomatologia dolorosa, il ricorso massiccio agli oppiacei, la comparsa di lesioni necrotiche del pene, ma anche il gran

coinvolgimento emotivo, l'impossibilità di recuperare un rapporto "più distante", l'onnipresenza del paziente nel Reparto, creeranno una progressiva sofferenza nello staff, cui daranno voce in modo diverso, tutte le persone coinvolte. A. con richiesta di dosi sempre più frequenti di morfina, cui non corrispondeva adeguata analgesia e con vistosi effetti collaterali (disturbi del sonno, instabilità immunitaria, ma stranamente non calo della libido), lo staff sanitario diviso fra attaccamento ed evitamento, fra dosaggi esagerati e placebo. Tutti i consulenti (terapista del dolore, psichiatra, psicologo, neurologo) sono incalzati a trovare soluzioni adeguate.

In questo clima di reciproco rancore e senso di sfiducia, la Capo Sala segnala che diversi infermieri non vogliono più venire a lavorare e che mostrano vari malesseri.

La sua richiesta di farli venire uno per volta a parlare con me (psicologa responsabile del Reparto) si trasforma nella mia proposta di organizzare degli incontri collettivi per parlare della situazione. Il malessere degli infermieri è A.: "non è l'unico paz. del reparto"; "è stato viziato"; "è un tossico"; le donne si rifiutano di medicargli il pene; gli uomini non ce la fanno più; la notte urla sempre; "i medici si comportano ciascuno a modo suo: chi è prodigo di analgesici chi prescrive placebo"; "chi va dal paz. chi incarica l'infermiere"; i favorevoli ad un comportamento tollerante ed affettuoso sono in lite costante con quelli che ritengono troppo rigidi.

In questa fase la costituzione di una mini équipe composta da un medico del reparto, dalla Capo Sala, dal terapista del dolore, dalla psichiatra e dalla psicologa con il compito di dare chiare indicazioni sulla terapia da seguire e di concordare insieme trattamenti e modifiche, avrà un temporaneo effetto positivo sul reparto e sul paziente.

E' difficile rendere a parole l'impegno di quel periodo e l'intensità delle emozioni attivate. Si avvicendano periodi nei quali il tempo sembra essersi fermato, giorni in cui scorre in modo febbrile e giorni sereni e vivaci che sembrano dare una prospettiva di futuro.

Sono lunghi i mesi di camera iperbarica per ridurre lo stato settico dell'ampia ferita dell'ultimo moncone che rifiuta di cicatrizzarsi; da parte di A. si alternano richieste di eccezionale attenzione e sentimenti di abbandono, desiderio di essere dimesso e terrore di essere solo.

La dimissione concordata con un amico, che rappresenta il suo riferimento nel mondo esterno, sembra l'unica soluzione possibile per alleggerire tutti.

Il dolore non controllabile lo riporta in ospedale dopo pochi giorni ed è ricoverato in altro reparto.

Non molto diversa la successione dinamica che si è attivata nel nuovo luogo di cura: inizialmente lo stato d'adozione, con la ripresa di circolazione di libri e CD, ma poi, trascorrono i mesi e la stanchezza, gli accenni di nuova ripresa della malattia, il senso d'impotenza e la delusione da ambo le parti

portano a nuova comunicazione di dolore insopportabile, a richieste sempre maggiori di morfina, ad oscillazioni terapeutiche fra oppiacei e placebo. Lo stato settico della ferita del moncone non regredisce, le medicazioni sono effettuate in anestesia totale a giorni alterni.

I diversi convincimenti fra i medici sull'opportunità di tali trattamenti rendono necessaria una seduta del Comitato Etico dell'ospedale.

E' di quell'epoca, un gesto autolesivo che segnerà, a mio avviso, il punto culminante del percorso compiuto dal paziente e da tutti noi.

La fase depressiva è più mentalizzata: nel rapporto fra me e il paziente è possibile ritagliare un'area nella quale dare un nome ad emozioni diverse, dove si può affrontare il "tradimento" e l'espulsione, dove la concretezza delle cose mancanti o perdute può trovare uno spazio di pensabilità.

Poco tempo dopo, nonostante i tentativi più volte falliti di autotrapianto cutaneo per cicatrizzare il moncone e mentre tutti noi eravamo impegnati nella costante ricerca di soluzioni adeguate, A. s'innamorava, riamato, di una ragazza "non favorevole alla droga" e da lei aspettava un bambino.

Nell'arco di tre mesi il paziente è dimesso e tornerà solo per le medicazioni necessarie. Attualmente il bambino ha un anno, il moncone si è cicatrizzato e sei mesi fa il Servizio di Terapia del Dolore si è visto restituire la morfina.

Qualche riflessione clinica

La malattia come evento complesso della vita di una persona, l'intreccio di tante storie personali, l'humus proprio degli apparati istituzionali hanno dato vita ad una vicenda molto densa e offrono altrettanti vertici utilizzabili per leggere il testo.

Una prima considerazione generale merita di essere fatta sui differenti approcci alla malattia e alla persona malata, caratteristici delle figure professionali interessate e della difficoltà di trovare un *modus operandi* che sia rispettoso di tutti.

La presenza dello psicologo nello staff, quando non accetta "la cura delle emozioni" come circostanza scissa dalla cura globale, coinvolge i curanti in una diversa relazione con i pazienti e ne forza le abituali difese. Difesa dal coinvolgimento con le emozioni della persona malata e difesa dalle proprie emozioni per il timore che queste possano [...]«*interferire con i processi cognitivi e decisionali*» propri della professione (Tomassoni e Solano 2003). Nell'articolo di Fazio (2004), relativo ad un'esperienza di lavoro di gruppo con lo staff di un ospedale psichiatrico londinese, sono ben espressi sia il pathos prodotto nei curanti dalla continua esposizione al dolore degli altri, sia le paure che sono attivate dall'intimità con l'altro sofferente, sia anche il bisogno vitale di preservare uno spazio protetto dalla minaccia di questi componenti "tossici". Tutti questi elementi, pur mutando i contesti, le storie

e le persone che le vivono, hanno una valenza universale nei luoghi di cura e sono facilmente rintracciabili nella storia clinica descritta.

E ancora, da un vertice gruppale, c'è da considerare che quando più medici si trovano a cooperare, la loro prassi li spinge a lavorare limitrofi, a volte contigui, ma di rado insieme; o meglio, mantenendo sempre i confini della propria specialità. Intorno ad una stessa gamba si possono avvicinare o avvicinare ortopedici, neurologi, fisiatristi, chirurghi vascolari o plastici, diabetologi, dermatologi e così via, ciascuno con il suo mandato di diagnosi e terapia per il tessuto o sistema di competenza.

Nella situazione narrata, invece, le caratteristiche di personalità, la storia di vita e la malattia del soggetto hanno violato tutti gli schemi abituali, obbligando lo staff a farsi carico di quelle "forme immateriali", di quelle sostanze interne alla relazione, che sono normalmente definiti aspetti psicologici.

Lavorare *in gruppo*, fin dall'inizio, mi è sembrata essere la risorsa naturale cui accedere, per fare fronte alle oscillazioni continue e brutali fra onnipotenza ed impotenza cui ciascuno era sottoposto.

L'obiettivo manifesto di miglioramento delle prestazioni *versus* paziente e la funzione agita, ma non confessabile, di coesione interna, ci hanno consentito di fare un'esperienza straordinaria e sembrano aver svolto, pur con tante carenze, un ruolo di accudimento fondamentale nella vita di A.

C'è da considerare che la Malattia ha un valore costituente dell'identità di sé per la persona malata e, specularmente, è fondante per il riconoscimento dell'identità professionale dei curanti: questo consente la formazione di un profondo legame simbiotico tramite il quale la persona malata può difendersi dalla percezione del senso di sé danneggiato. Normalmente, la qualità di questo legame resta quasi del tutto inespressa dal momento che la rete affettiva di un paziente supporta sufficientemente il suo bisogno di attaccamento e la sua possibilità di conservare delle presenze emotive interne.

In questo caso, invece, le massicce richieste affettive di A., data anche l'assenza di riferimenti esterni, hanno trasformato lo staff curante in una Famiglia e l'ospedale nell'intera Società, con tutte le implicazioni che questo onere comporta.

Non è stato facile, per il Gruppo dei Curanti (intendendo con questo la costellazione di gruppi e sottogruppi formati nel corso dei quattro anni), farsi carico di tutte le conseguenze che ha comportato la rappresentazione di un corpo amputato e mantenere vivo in ogni caso il senso di una vita possibile. Mi sembra di poter dire che, da un certo momento in poi, i ruoli consueti si sono invertiti: i curanti vivevano le emozioni violente e persecutorie legate a vissuti di smembramento, affrontavano il lutto per parti

non più recuperabili, mentre A. manteneva viva la possibilità di trovare nuove strategie di vita.

Lo staff sanitario ha vissuto anche il senso di colpa di dover agire ripetutamente parti sadiche su di un *figlio*, mentre A. progressivamente gli era grato di liberarlo dalle parti necrotiche e di permettergli di interiorizzare oggetti buoni.

Si può affermare che questo percorso ha permesso ad A. di rivisitare tutta la sua vita frammentata, di riviverne le tappe principali e di interiorizzare quell'accudimento necessario a dare voce alle proprie istanze.

L'ospedale-casa, anche attraverso la presenza di due figure che hanno fatto da riferimento costante in tutte le fasi dell'esperienza, ha reso possibile la creazione di una base *meno insicura*, permettendo ad A. di vivere un rapporto affettivo adulto e di trasferirsi a casa sua.

Il ruolo attivo svolto dal paziente stesso all'interno del gruppo di cura, di cui si è sempre ritenuto membro effettivo e che non ha mai permesso che noi abbassassimo la guardia, è stato oggetto di molto interesse e stupore. Nel gruppo, tra alchimia e chimica, questa sua caratteristica è stata definita in vari modi: coraggio, *esprit vital*, attaccamento alla vita, forza interiore, quel "*certo non so che*" che interferiva vistosamente con quanto ci si poteva attendere dall'uso massiccio degli oppiacei capace di condizionare risposte chimico-biologiche che sembrano scontate e di interferire con il sistema noradrenergico, serotoninergico, dopaminergico.

Ancora due riflessioni

Nella normale prassi psicoterapeutica, la sospensione dall'azione è la condizione richiesta per dare spazio alla pensabilità. Questa *dogmatica* affermazione, che non sembra aver bisogno d'altre parole per essere compresa da chi ha un training psicoanalitico alle spalle, mi è apparsa in tutta la sua chiarezza nel corso di questa esperienza. Ogni scambio fra colleghi, fosse formale o carpito tra una cosa e l'altra, doveva concludersi con un'indicazione o una decisione su cosa fare. L'impossibilità di liberare, tramite l'azione, l'angoscia attivata, esponeva a vissuti d'impotenza intollerabili, con conseguenti fughe o espulsioni.

Forse è per questo motivo che le due figure di riferimento sia per i sottogruppi di cura che si sono avvicinati, sia per A., sono stati gli "specialisti del dolore" - il medico di Terapia Antalgica e la psicologa - forse più avvezzi a tollerare di essere *presenti* nelle situazioni, anche quando non è molto chiaro quello che si sta facendo.

Infine, voglio porre l'accento su un'altra peculiarità che mi è sembrata di cogliere in questo lavoro di gruppo: diversamente da quanto avviene in ambito psicologico o psichiatrico, dove le emozioni e gli affetti sono oggetto di disvelamento ed introspezione, ho trovato, in ambito medico, un gran

pudore ad esprimere emozioni in pubblico. Quello che era dicibile in un rapporto a due, diventava troppo intimo per essere manifestato anche solo in presenza di una terza persona, pure se questa era coinvolta nella stessa misura. Probabilmente questo attiene, in parte, al bisogno di protezione della propria identità professionale – che non ha troppo bisogno di essere difesa nel rapporto con lo psicologo - ma credo abbia a che vedere con qualcosa di più profondo. J.P. Sartre (1943) considera il pudore un rifiuto ad essere esposti allo sguardo altrui, che ci deruba della nostra soggettività e ci trasforma in *oggetto*, che ci cristallizza in quello che [...] «io sono per gli altri» (pp. 362-363). Credo che, in ambiente sanitario, l'implicito riserbo per la propria nudità, che è parte integrante del pudore, si possa mettere in relazione con la continua esposizione a corpi malati da accudire, da curare, da violare.

Note

1) Nel lasso di tempo che va dai primi di giugno 2003 alla fine di dicembre 2004, 537 sono le giornate di ricovero; come dire che nei 18 mesi citati ci sono state 42 giornate di non ricovero.

Bibliografia

Fazio, A. (2004). Il lavoro di gruppo con lo Staff in un reparto psichiatrico londinese: dalla disfunzionalità dell'Istituzione frammentata, allo stato nascente di comunità terapeutica. In Corbella S. et al. (a cura di) *Gruppi omogenei*. Roma: Borla.

Ferro ,A. (2006). *Tecnica e Creatività*. Milano: Cortina.

Tomassoni, M. e Solano ,L. (2003). *Una base più sicura*. Milano: Franco Angeli.

Sartre, J.P. (1943). *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore, 1968.

Luisa de Bellis, Psicologa Dirigente Responsabile del Servizio di Psicologia ACO, San Filippo Neri di Roma.

E-mail: l.debellis@sanfilipponeri.roma.it