

**Università degli Studi di Palermo**  
**Facoltà di Scienze della Formazione**

---

**Corso di Laurea in Psicologia**

**DONNA E CANCRO:**  
**implicazioni psico – socio – relazionali**  
**del carcinoma mammario.**

**Tesi di laurea di:**

**Nicolosi Anna**

**Relatore:**

**Ch.ma Prof.<sup>ssa</sup> Maria**

**Stella Epifanio**

---

**Anno accademico 2002-2003**

**INDICE**

**Introduzione.....pag. 4**

## **PRIMO CAPITOLO**

**1.1 La psiconcologia.....pag. 9**

**1.2 Il paziente affetto da cancro.....pag.  
20**

**1.3 Le difese del paziente neoplastico.....pag.  
37**

**1.4 L' impatto della malattia sulla famiglia.....pag.  
50**

## **SECONDO CAPITOLO**

**2.1 Malattia e regolazione affettiva.....pag.  
60**

**2.2 Il rapporto mente – corpo nella malattia oncologica....pag.  
69**

**2.3 Il corpo che tradisce: come cambia la percezione di Sé durante la malattia.....pag. 74**

## **TERZO CAPITOLO**

**3.1 La diagnosi di cancro e il dilemma della comunicazione.....pag. 88**

**3.2 Dal corpo tagliato al corpo risignificato.....pag. 100**

**3.3 L'approccio psicoterapeutico integrato nella malattia oncologica.....pag. 106**

**CONCLUSIONI.....pag.114**

**BIBLIOGRAFIA.....pag. 119**

## **Introduzione**

**La nostra salute, il senso di benessere soggettivo e complessivo che la persona vive nel suo contesto, può essere minacciata dalla malattia. Quando poi la malattia prende il nome di cancro, la persona che ne è colpita ha l'impressione di essere completamente invasa dal male: cade facilmente nella disperazione, in una condizione catastrofica che Franco Fornari (1985, Affetti e cancro) ha definito come perdita di speranza.**

**Nonostante i numerosi e significativi progressi scientifici in ambito oncologico, che hanno sicuramente determinato un netto miglioramento degli approcci terapeutici e un aumento della sopravvivenza dei pazienti, il cancro resta ancora una delle malattie a più ampia diffusione ed una delle principali cause di morte in ogni parte del mondo. Nell'immaginario individuale e collettivo il cancro continua ad associarsi a significati di sofferenza fisica e psichica, di disperazione, di morte, di**

stigma, di colpa, di vergogna. È quanto Susan Sontag (1979) definisce “*bardature metaforiche*” che, per il cancro, da sempre risvegliano l’idea di un processo insidioso, misterioso, divorante e contagioso. È quanto Fornari (1985) identifica nell’antinomia amico-nemico, dove il “nemico” riesce a modificare e ad incidere sugli affetti attraverso impronte inalterabili che permeano le emozioni, i pensieri ed i comportamenti della persona colpita, sia a livello personale che individuale. È ciò che Tolstoj, nel racconto “La morte di Ivan Il’ic” (1986), coglie nelle parole del protagonista “...*il dottore aveva parlato di sofferenze fisiche e a ragione ; ma più terribili delle sofferenze fisiche erano quelle morali...Il principale tormento di Ivan era la menzogna.....che non volessero riconoscere quello che tutti sapevano e che lui sapeva....e costringessero anche lui ad avere parte alla menzogna*” (pp. 78).

C’è la tendenza da parte di tutti, medici e familiari, a tenere nascosta la malattia: la collusione che si stabilisce tra medico, paziente e famiglia, alimenta ciò che la Kubler-Ross (1977) ha definito come “*cospirazione del silenzio*”. C’è riluttanza a parlarne forse perché in tutti noi, di fronte a questo male, nasce un sentimento di rabbia, di impotenza, di morte, di arrendevolezza, di incapacità ad entrare in relazione con l’altro; ma soprattutto c’è un’incapacità ad esprimere e a tollerare ciò che tutto questo provoca

dentro di noi, perché il pensiero ricorrente che si affaccia alla nostra mente, quando qualcuno che conosciamo viene colpito da questa malattia, è “...*può capitare anche a me...*”. Eppure molte persone, che si sono incontrate col cancro e hanno vissuto la disperazione, hanno saputo ritrovare la “speranza” e ritornare fiduciosi alla loro vita, a volte sentendo addirittura di aver ritrovato un benessere superiore a quello che vivevano prima di ammalarsi.

La medicina si è sempre occupata di come ci si ammala, ma ha trascurato quelle che sono le modalità di reazione alla malattia a livello psicologico. Di quest’ultimo aspetto si occupa la Psiconcologia, disciplina relativamente nuova, che, in un’ottica multidisciplinare, mira ad una presa in carico globale del paziente neoplastico, che va dalla valutazione psicologica prima della comunicazione della diagnosi, alla fase riabilitativa, sino, dove necessario, alla corretta gestione psicofisica del malato terminale. Di fronte ad una diagnosi di cancro, immediatamente, ciò che scatta nel paziente sono meccanismi di ansia e di depressione; anche in caso di prognosi favorevole, il primo pensiero di chi riceve la diagnosi continua ad essere: “...*per me è finita! Non mi rimane molto più tempo da vivere*” (A. Carotenuto, 1996). Inoltre, nella vita quotidiana, tendiamo a non pensare alla sofferenza, alla morte, tendiamo a negarle, a credere che possano capitare agli

altri, ma non a noi. Lo sgomento che la diagnosi suscita deriva dal fatto che essa spazza via questo convenzionale modo di pensare alla morte.

La “sindrome psiconeoplastica” è formata da un insieme di dinamiche psichiche profonde attivate sin dalla diagnosi. La sua intensità morbosa dipende dalla personalità del soggetto, dall’età, dalle condizioni fisiche, dalle esperienze fatte nell’ambiente in cui vive, dal tipo di tumore diagnosticato e dal valore simbolico dell’organo colpito. Il processo invasivo della neoplasia, questo lento, ma continuo, proliferare di cellule “*impazzite*” (Fornari, 1985) e maligne, determina una marcata angoscia di disgregazione, conseguente all’alterazione del vissuto corporeo e dell’identità psicofisica del soggetto. Questo processo si esprime, a livello comportamentale e relazionale, nell’incapacità a gestire la situazione di crisi che la malattia attiva, ed i bisogni affettivi e sociali modificati dalla malattia. Il cancro, infatti, rappresenta per il paziente e per la sua famiglia, ma anche per i medici e per gli psicologi, una prova esistenziale sconvolgente, una catastrofe, dalla quale si può uscire o “annientati” o “rinati, con una nuova dotazione caratteriale” (Fornari, 1985). Il paziente deve riorganizzare la propria vita: per far questo ha bisogno di ricorrere al massimo livello di creatività, per poter così trasformare una sconfitta in una esperienza di rinascita. La creatività lo mette al

riparo dalla possibilità di soccombere alla distruttività, che costituisce il rischio maggiore di qualsiasi crisi; la morte, la perdita di speranza, la desolazione degli affetti è sempre in agguato. La soluzione va cercata in quelli che sono gli aspetti favorevoli della crisi: gli elementi di “tragicità” della crisi consentono un potente sviluppo di istanze riparative nei confronti del Sé e della vita. L’ascolto della propria corporeità e le tecniche corporee sono un grandissimo ausilio in occasioni correlate alla perdita della salute e a mutilazioni fisiche.

Molti autori definiscono il cancro, e in particolare quello alla mammella, come la malattia della rabbia repressa, dell’insoddisfazione, dell’infelicità (M. Serrano, 2001), che caratterizza il vissuto della donna moderna. È necessario, quindi, costruire una nuova relazione col proprio corpo, porsi in una posizione di ascolto nei confronti di quest’ultimo e delle emozioni che veicola. È il corpo che vibra, che si emoziona, che soffre e che conosciamo nella molteplicità delle esperienze quotidiane. Se il corpo dell’individuo è l’espressione della sua storia, allora la malattia e ogni sintomo ci dirà qualcosa su tutta la persona. La malattia, prima di essere il campo di competenza dei medici, è il punto di crisi di una biografia, e la sofferenza, correlata alla malattia, ha a che fare con noi e sta dicendo qualcosa su di noi (Galimberti, 1996). Solo ascoltando e comprendendo questa sofferenza e il dolore

da cui questa è maturata, potremo allora parlare di “guarigione”.

Le storie dei malati di cancro sono storie umane dolorose, ciascuna di esse è inquietante, avvincente, e tutte sono accumulate da qualcosa che cambierà per sempre la loro vita: il cancro.

*“E’ certo che quando ti confermano una diagnosi di cancro è come andare sotto un carro armato, ma è anche vero che dopo, superato il periodo delle cure, guardi la vita in modo diverso, più vero, la vita la vivi...non la sciupi”*  
(Attivecomeprima, 1998).

## PRIMO CAPITOLO

### La psiconcologia

“Non esiste il cancro, ma un soggetto affetto da cancro”:

con questa frase Riccardo Torta (1997) ha voluto sottolineare che ogni paziente ha una forma di malattia unica, in nessun caso uguale a quella degli altri pazienti e, che ogni paziente, necessita di un

mirato e personale approccio terapeutico. Accanto all'obiettività di una diagnosi di tumore (o di qualsiasi altra grave malattia), infatti, esiste anche un fattore psicologico, più o meno rilevante, che interagisce con la patologia fisica. L'idea che la psiche sia un mondo a parte, senza nessuna connessione significativa e di significato col corpo, appartiene al passato: oggi numerose ricerche scientifiche (Taylor, 1997; e al.) si stanno sempre più concentrando sull'influenza di fattori psichici e sociali sullo sviluppo e sul decorso del cancro e sulle diverse modalità di adattamento dei pazienti a questa malattia.

È stato accertato, inoltre, che, in presenza di malattia, una terapia che tenda a trascurare la psiche può ostacolare di molto l'esito delle cure e, a volte, persino peggiorare la condizione attuale o la prognosi.

Questo concetto rappresenta un vero e proprio cardine nell'oncologia, tanto che negli ultimi anni si è andata sviluppando una nuova disciplina che mira a curare i disturbi psicologici generati dalla situazione traumatizzante, di crisi, causati dalla malattia oncologica: la Psiconcologia.

La Psiconcologia è una disciplina, nata intorno agli anni settanta, in cui convergono e si coniugano,

non sempre in modo armonico, due ambiti di studio che storicamente hanno avuto da sempre molto poco in comune, quali la medicina e la psicologia. Le difficoltà più evidenti derivano, principalmente, dalla coesistenza, al suo interno, di due approcci alla malattia e al paziente molto diversi, e a volte addirittura antitetici: la medicina usa teorie e metodi d'indagine per studiare i fenomeni, oggetto d'interesse, in astratto, isolandoli dal contesto al quale appartengono, e cercando di venirne a capo identificando per quanto possibile, delle leggi che regolino gli organismi il tutto all'interno di una visione di tipo meccanicistico.

In psicologia questa modalità di approccio e d'indagine non risulta applicabile, perché essa studia i fenomeni psichici in rapporto al contesto di riferimento, all'ambiente nel quale questi si originano, ed evita di riferire gli stessi a delle leggi o meccanismi che ordinino gli eventi in maniera lineare, vista la complessità del suo oggetto di studio: l'uomo.

Nella visione psiconcologica, l'ambiente non si limita infatti ad una continua influenza biologica sull'individuo, ma attraverso le esperienze passate, la rete relazionale, sociale e culturale viene a condizionare l'evento cancro, modificando anche

**l'omeostasi psichica dell'individuo, per il significato che la “malattia cancro” e la stessa “parola cancro” hanno assunto nella nostra società, al punto da influenzare la capacità di adattamento della persona alla neoplasia e la sua adesione alla terapia (Torta R., 1997).**

**Negli ultimi anni, con le numerose ricerche effettuate (Solano L., 2001), si è ampliata la conoscenza di diversi fattori che hanno una influenza sulla malattia e sul suo andamento, come la presenza di variabili “biopsicosociali”, relative all'intervento di più fattori a livello somatico, psichico e relazionale-ambientale nella patogenesi di un disturbo (Engel, 1962).**

**La letteratura scientifica in Psiconcologia si è indirizzata verso l'indagine di fattori psicosociali, verso la comprensione delle caratteristiche di personalità dei pazienti oncologici e delle difese messe in atto sia da chi soffre, che da chi cura *“...nella prospettiva di una comprensione multifattoriale delle forme tumorali”* (Meerwein F., 1995).**

**Attualmente c'è consenso nel considerare la Psiconcologia come una disciplina autonoma, specialistica, con propri obiettivi di ricerca e di applicazione da perseguire; tali obiettivi riguardano essenzialmente:**

- l'attenzione all'incontro del paziente con la malattia e agli effetti che questa ha sulla famiglia;
- lo sviluppo di programmi di prevenzione e di diagnosi precoce;
- l'importanza del rapporto medico-paziente, e la promozione di programmi di formazione per i medici che lavorano in reparti "ad alta tensione emotiva";
- la valutazione dei fattori di morbilità sia psichiatrici che psicosociali (Marasso G., 2003).

La specificità della Psiconcologia consiste, quindi, nel rivolgersi a un paziente il cui disagio psicologico, relativo in buona parte all'area del Sé, non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico, ma è generato dalla situazione traumatizzante della malattia. Ciò implica il riferimento ad alcuni concetti psicologici fondamentali: il concetto di "crisi", che è considerata come "momento di cambiamento", nell'ambito del quale possiamo distinguere:

-l'esplicitazione del problema (es.: il cambiamento nel rapporto con sé stessi e con gli altri, la consapevolezza della propria vulnerabilità e dell'eventualità della propria morte), che ha il valore di una richiesta di aiuto e testimonia il fatto che le

circostanze oltrepassano le capacità di autogestione del problema da parte del soggetto;

-la mobilitazione della rete sociale prossima al paziente (familiari, amici, curanti...);

-lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e l'accettazione del cambiamento (Biondi M., 1995).

Altro concetto fondamentale è lo stress che, unito a particolari variabili di ordine organico-genetiche e psicologico, è uno dei possibili fattori di rischio per l'insorgenza di neoplasie. Lo stress attiva uno stato di tensione interna all'organismo che, a sua volta per rispondere a questa situazione di minaccia, attiva delle difese (Trombini, 1999). Il termine stress venne introdotto in medicina da Selye nel 1936. Questi notò come, negli animali, vi fosse una risposta comune a livello fisiologico in seguito all'esposizione a stimoli esterni di tipo fisico, chimico o biologico. Tali stimoli ambientali, denominati stressor, producevano nell'animale una reazione costante caratterizzata dall'attivazione dell'asse ipofisi-cortico-surrene. La reazione dell'organismo si dimostrava aspecifica, cioè uguale anche di fronte a stimoli eterogenei e venne definita, appunto, stress. Quindi il termine stress non contiene di per sé una valenza negativa, come è nel linguaggio comune: si tratta, piuttosto, di una reazione che permette all'individuo di adattarsi ai vari

**cambiamenti ambientali. Bisogna, inoltre, distinguere uno stress buono (eustress), funzionale all'aumento delle capacità d'adattamento del singolo a fronte dei cambiamenti del suo ambiente, occasione di esperienze costruttive e appaganti, da uno stress cattivo (distress), che provoca difficoltà e sofferenze che spingono l'individuo ad assumere atteggiamenti difensivi fisici e psichici assolutamente non funzionali, tali da provocarne l'annientamento.**

**Lo stress fisiologico attiva una risposta facilmente reversibile e non quantitativamente eccessiva, mentre lo stress patologico induce una risposta irreversibile, sproporzionata e troppo prolungata nel tempo rispetto alle effettive risorse dell'organismo che è chiamato a sostenerla.**

**La risposta attivata dallo stressor è di tipo neuroendocrino e si traduce nell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con conseguente rilascio di un "corticotropin relasing factor" ipotalamico, che determina la liberazione di ACTH (acetilcolina) dall'ipofisi e di ormoni (cortisolo e adrenalina) dalla zona corticale e midollare della ghiandola surrenale. Si inducono così importanti modifiche nei processi metabolici, che portano all'aumento del tasso glicemico, della frequenza cardiaca, e del flusso venoso; in più l'ACTH ipofisario ha un effetto sul**

sistema nervoso centrale che determina un incremento della capacità di concentrazione e di attenzione.

La persona cogliendo la presenza dello stressor si mette in fase d'allarme: se il fattore di disturbo persiste l'organismo entra nella fase di adattamento, producendo il massimo sforzo in termini di attivazione neuroendocrina per far fronte alla rottura dell'equilibrio omeostatico, che l'irrompere dell'evento stressante ha comportato. Se lo stato di equilibrio non si ristabilisce e l'adattamento non si verifica l'organismo soccombe (terza fase detta dell'esaurimento) (Trombini G., Baldoni F., 1999). In altri termini, uno stimolo ambientale è in grado, attraverso la genesi di un'emozione e attraverso la stimolazione di diversi assi ormonali, di produrre profonde modificazioni metaboliche nell'organismo. Queste permettono, a livello fisiologico, l'adattamento dell'individuo alle modificazioni dell'ambiente e si traducono nell'attivazione di comportamenti, così come in diverse alterazioni dell'assetto psichico. In realtà, diversamente da quanto postulato da Selye, è esperienza comune, anche confermata da studi psicofisiologici (Lazarus e Folkman, 1984), che l'esposizione a uno stesso stimolo esterno (stressor) determina reazioni differenti nei diversi individui. L'uomo, pertanto, non esperisce passivamente uno stimolo esterno, bensì, attraverso una valutazione cognitiva dello stesso, gli

attribuisce un significato. In relazione alla valenza attribuita allo stressor, ai fattori psicologici individuali, alle aspettative, e alle esperienze passate ne deriveranno una differente emozione e una diversa risposta di stress.

Un'ulteriore elaborazione si ha con l'introduzione del concetto di "*coping*", termine inglese che significa "far fronte a...", che sta ad indicare la capacità di fronteggiare i problemi e le loro conseguenze emozionali. Questo implica una ristrutturazione attiva e sistematica degli schemi cognitivi, che permette, quando è efficace, di riconsiderare l'evento stressante da un altro punto di vista, di poterlo "usare" in modo costruttivo. Nel processo del *coping* si succedono due fasi sequenziali: una fase di valutazione, basata sui processi cognitivi di attribuzione di significato alla situazione stimolo, e una fase esecutiva in cui vengono resi operativi i comportamenti adottati e manifestati dal soggetto (Costantini e Biondi, 1990). Il concetto di "*coping*" in oncologia risulta di fondamentale importanza, in quanto rappresenta un importante parametro in grado di esplicitare una notevole influenza sulle diverse modalità di reazione psicologica e di adattamento psicosociale alla malattia, sulle possibili complicanze psicopatologiche, sulla *compliance* ai trattamenti antineoplastici e, probabilmente, anche sul decorso biologico della malattia (Biondi, 1995). La capacità del

**paziente di affrontare la situazione di crisi esistenziale, scatenata dalla diagnosi di neoplasia, dipende da una serie ben definita di fattori:**

- **il tipo di patologia (sintomatologia, decorso, terapia, effetti collaterali, ecc.);**

- **il livello di adattamento precedente;**

- **il significato di minaccia esistenziale che il cancro rappresenta (diverso ne è l'impatto anche in relazione alla fase del ciclo vitale attraversata dal paziente al momento della diagnosi);**

- **i fattori culturali e religiosi, e il supporto sul quale il paziente può contare;**

- **le caratteristiche di personalità, l'assetto psicologico e lo stile di *coping* (Holland, 1988; Trombini, 1999).**

**Quindi ciò che differenzia ciascuno nella reazione allo stesso stressor è lo stile di *coping*, nel quale convergono il significato attribuito all'evento, le aspettative generate da esso, la valutazione delle proprie risorse a fronte di esso, le tracce lasciate da esperienze simili in passato, la disposizione all'azione nei confronti di esso. Psicologicamente, uno stile di *coping* risulta efficace se una persona riesce a ricostruire il proprio equilibrio emotivo; sul versante fisiologico, l'efficacia**

risiede nella riduzione della frequenza e dell'intensità della risposta neuroendocrina attivata dallo stressor.

Particolarmente interessante, in questa prospettiva, è la relazione tra stress e il tipo di difesa psicologiche: infatti i pazienti oncologici, in particolare le donne colpite da carcinoma mammario, presentano, come caratteristica costante, una tendenza a reprimere le proprie emozioni, in modo particolare l'emozione della rabbia, connesso a questa l'uso di difese quali: la negazione e la repressione. Si è visto che l'uso di queste porta ad una reazione neuro-ormonale allo stress, e che un'inibizione degli ormoni che entrano nella reazione allo stress comporta un'alterazione della funzionalità del Sistema Immunitario. Gli studi più recenti di genetica sul cancro hanno dimostrato come oncogeni potenziali (ovvero precursori di quei geni impazziti che hanno un ruolo fondamentale nella genesi del cancro) siano presenti normalmente nel DNA cellulare, e come la loro attivazione produca una proliferazione incontrollabile delle cellule stesse. Esiste quindi nell'organismo un rischio di base legato all'esistenza della cellula come struttura biologica, rischio accresciuto, inoltre, dall'esposizione a carcinogeni ambientali, nonché allo stress emozionale. Ciò che determina il rischio è la modalità di reazione psicologica e biologica di un individuo ad un determinato evento stressante. Un

organismo non abituato a tali sollecitazioni, che tende a mantenere un basso livello di *arousal*, usando, per esempio, in modo sistematico e continuo meccanismi psicologici, come la repressione e il diniego, è molto più sensibile agli effetti psiconeuroendocrini delle reazioni di stress rispetto ad un altro di fronte ad un grave evento esistenziale. Le modalità di risposte biologiche ed emozionali sono dipendenti da programmi comuni, esistenti nel patrimonio genetico costituzionale e nel complesso delle esperienze precoci dell'individuo (Fornari, 1985).

A livello di intervento medico e psicologico, l'obiettivo fondamentale è quello di permettere al paziente oncologico un ripristino della funzione del Sé, una elaborazione ed una simbolizzazione dell'esperienza derivante dalla malattia, che investe diversi ambiti della vita e che stratifica la sofferenza a livelli coesistenti: il livello fisiologico e quello corporeo, quello psicologico e quello sociale.

Alla luce di quanto fin qui detto sembra che la Psiconcologia possa offrire il suo contributo sia in una prospettiva di ricerca multifattoriale, (continuando cioè ad analizzare le possibili interazioni tra gli stati mentali dei soggetti e possibili patologie sul loro nascere e sul loro divenire, secondo un'ottica preventiva); sia in una prospettiva terapeutica, adatta

ad accompagnare il paziente e le persone che lo circondano in un percorso doloroso e pieno di cambiamenti, avendo come riferimento imprescindibile il concetto di qualità della vita.

## **Il paziente affetto da cancro**

La diagnosi di cancro comporta per il paziente un grave sconvolgimento, che, come si può ben comprendere, ha delle ripercussioni su tutta la sua vita.

Il primo pensiero di chi riceve tale diagnosi, anche in caso di prognosi favorevole, continua ancor oggi ad essere: *“per me è finita! Non mi rimane molto tempo da vivere”* (Carotenuto A., 1996). La presenza costante nei vissuti dei pazienti di questo tipo di reazione, indipendentemente dalla reale gravità della prognosi, ha spinto i ricercatori a cercare di capire come la presenza di due parametri “perdita-depressione” si possa associare, insieme ad altri fattori organici e sociali, all’insorgenza di una neoplasia. Le prime osservazioni riguardanti gli aspetti psicologici del

cancro risalgono all'incirca al II secolo d.C. ai tempi di Galeno, il quale constatò che le donne con umore melanconico avevano più probabilità di sviluppare un tumore alla mammella di quelle che avevano un umore sanguigno (Biondi M., Panchieri B., 1990). Nei secoli successivi, altri ricercatori misero in relazione l'insorgenza di un tumore maligno prima con "seri sintomi depressivi" o "eventi tragici", e vicende particolarmente "sfortunate e dolorose", poi anche con un'innervazione difettosa prodotta dall'abitudine alla tristezza (Biondi M., Panchieri B., 1990). L'interesse della medicina psicosomatica per questo argomento ha iniziato a manifestarsi verso la metà del Novecento, ma in questi ultimi anni ha avuto un grande sviluppo grazie all'uso di tecniche diagnostiche più raffinate e alle maggiori conoscenze acquisite in campo psico-neuro-immunologico. Inoltre un numero sempre crescente di ricerche sperimentali hanno dimostrato la stretta relazione tra esperienze stressanti, in particolare quelle di perdita, caratteristiche psicologiche individuali e lo sviluppo di neoplasie (Grassi e Biondi, 1992). All'inizio degli anni Ottanta, quando la comunità medica stava riconoscendo ufficialmente la relazione tra comportamento di tipo A e patologia coronaria, Temoshock ed Heller ipotizzarono l'esistenza di "una personalità di tipo C", una costellazione specifica di tratti psicologici che espone al rischio di cancro, una modalità disadattiva di risposta di fronte a situazioni

stressanti. Si tratterebbe di persone tranquille, pazienti, passive, rinunciatricie, tendenzialmente tristi, che sono portate a reprimere la rabbia e l'aggressività. Gli Autori notarono anche che questi pazienti erano caratterizzati da un'asincronia tra una risposta psicologica di soppressione e non espressione, ed una eccessiva risposta fisiologica allo stress, cioè i potenziali stressor non erano adeguatamente affrontati con mezzi psicologici, ma, al contrario, si verificava un'eccessiva risposta allo stress di tipo fisiologico (Solano L., 2001). Queste osservazioni riportavano, in varie forme, l'influenza che sullo sviluppo del cancro hanno la perdita e il lutto, il dolore o la malinconia. Gli studi più recenti mettono in rilievo il fatto che gli stress e le emozioni giocano un ruolo importante non solo nella disorganizzazione ideativo-comportamentale, ma anche in ciò che è tradizionalmente inteso come malattia organica. Indagando sull'aspetto psicosomatico della malattia neoplastica, molti autori hanno indicato come precedente importante ed indispensabile dello sviluppo manifesto del tumore, il senso di disperazione, perdita, e depressione che incomberebbe su tutto l'arco di vita del paziente (LeShan, 1966). Ma se questi possono essere considerati come fattori precedenti e significativi dell'insorgenza di una neoplasia, non credo in realtà possano essere cause determinanti. Quello che, quindi, dobbiamo domandarci è perché questi stress ed il disturbo emozionale dovrebbero portare ad un

disordine sul piano ideativo-comportamentale da un lato e dall'altro alla malattia organica. Secondo Bahnson (1967) l'ipotesi della perdita-depressione appare più descrittiva che dinamica. Una ricerca clinica condotta su 80 pazienti neoplastico, ha portato Bahnson (Chiari G., Nuzzo M.L., 1992) ad estendere l'ipotesi della perdita-depressione nel tentativo di spiegare perché una perdita dovrebbe essere più traumatica per questi pazienti rispetto ad altri. Molte persone infatti sperimentano perdita e separazione, ma la maggior parte non sviluppa neoplasie. Nei pazienti cancerosi la perdita o la separazione traumatica in età adulta, sembra acquistare il suo effetto particolarmente devastante, in rapporto alla ripetizione di uno stato di disperazione vissuto e subito durante l'infanzia. Retrospectivamente, il paziente canceroso appare avere una primitiva ed insoddisfacente relazione coi genitori, in particolare con la madre. Solo con grandissimo sforzo questi soggetti possono mantenere un'incerta relazione con il genitore significativo, e la separazione adolescenziale dai genitori viene percepita come terrificante e gravemente deprivante. In età adulta essi reagiscono a questa separazione tentando di stabilire una relazione emotiva con un compagno o con il coniuge. Quando questa relazione precaria nell'età adulta crolla, la disperazione primitiva riemerge, riportando l'individuo al cospetto di un rinnovato insulto ricevuto dall'ambiente, lasciandolo con scarsa

speranza di ricevere calore e sollievo dagli altri. Bahnson (1966) ha inoltre sviluppato una teoria della “complementarietà psicofisiologica” che sottolinea come gli eventi stressanti inducono nell’organismo uno stato di regressione, che può assumere connotati di tipo comportamentale oppure somatico. Queste diverse vie regressive sarebbero caratterizzate da due diverse modalità difensive: la proiezione e lo spostamento, che si associano alla regressione comportamentale e che permettono di scaricare l’energia pulsionale a livello dei rapporti interpersonali, determinando lo sviluppo di disturbi psicologici quali nevrosi e psicosi; l’altra modalità comprende la repressione e il diniego, che si scaricano somaticamente, generando patologie che vanno dall’isteria di conversione all’ipocondria fino alle malattie organiche e al cancro. Secondo l’Autore, quindi, la principale caratteristica dei pazienti neoplastici è la tendenza alla rimozione e al diniego e, vede il successivo sviluppo del cancro come un tentativo regressivo del Sé infantile di rinnovarsi e di esprimersi sul piano biologico.

Un rapido sguardo ad altre teorie, ancora nell’ambito della psicosomatica psicanalitica, consente di individuare posizioni a volte estreme ma comunque interessanti: il cancro viene considerato, per esempio, un fenomeno di regressione ontogenetica allo stadio fetale, una ripresa, quindi di modalità di

**funzionamento primario di un organismo in accrescimento, senza specificità nella proliferazione cellulare, o ancora esso viene definito una “citopsicosi“, presupponendo nella cellula una “mente“ che elabora modalità di sopravvivenza garantite dal rapporto tra la cellula e il suo ambiente, che è l’organismo nel suo insieme (Fornari F., 1985).**

**Alla luce di quanto fin qui detto, molti studiosi (Grassi e Biondi, 1992) hanno rintracciato, da un punto di vista clinico, delle caratteristiche comuni e molto frequenti in un più che cospicuo numero di soggetti che presentano una neoplasia:**

**- un’infanzia segnata da carenze affettive e da abbandoni;**

**- una storia personale caratterizzata da eventi dolorosi e in particolare da esperienze di perdita;**

**- la tendenza a non affrontare le situazioni problematiche e i conflitti ricorrendo a difese psicologiche quali la rimozione, la repressione, o la negazione, oppure sviluppando sentimenti depressivi di rinuncia e impotenza;**

**- una scarsa capacità introspettiva e un atteggiamento relazionale rigido e uno stile di vita conformista, caratterizzato da una religiosità “eccessiva”;**

- una difficoltà a esprimere liberamente i propri sentimenti, con la propensione a nascondere o a minimizzare le emozioni e a inibire l'aggressività;

- la tendenza a sacrificarsi e ad autocolpevolizzarsi;

- fiducia nell'autorità;

- un'atteggiamento eccessivamente realistico;

- una sessualità inibita;

- un'immagine di sé eticamente irreprensibile;

- la tendenza ad affrontare la malattia con uno stile di reazione (*coping*) caratterizzato da accettazione passiva, vissuti depressivi, infermità, senso di sfiducia (*hopelessness*) e di abbandono (*helplessness*); tali atteggiamenti depressivi sono stati considerati caratteristici delle persone che, in conseguenza di esperienze infantili dolorose e inadeguate, non hanno potuto sviluppare una sufficiente capacità di elaborare le esperienze di perdita. Dal punto di vista fisiopatologico questo stile di reazione comporta una serie di alterazioni a livello neuroendocrino (aumento dell'attività parasimpatica) e immunitario (minore attività del sistema linfocitario e delle cellule natural killer, importanti per il riconoscimento delle cellule tumorali) che riducono le difese dell'organismo

**favorendo lo sviluppo di patologie psichiche (in particolare la depressione) e organiche (Torta R., Mussa A., 1997; Solano L., 2001).**

**Il significato che il paziente attribuisce alla malattia è quello di una minaccia esistenziale, di una crisi, che da una parte sconvolge completamente la vita del paziente, modificando le normali attività personali, familiari, lavorative, portando il paziente a sentirsi totalmente in balia di un evento sul quale sente di non avere alcun controllo. La crisi comporta la percezione che il precedente stile di vita, le convinzioni ed i valori che lo ispiravano, non sono più in grado di affrontare e risolvere la nuova situazione. L'evento traumatico impone una rivisitazione critica del precedente stile di vita, ma non appare evidente in quale direzione orientare le scelte. In questa situazione si possono prendere in esame reazioni spontanee, diverse e particolari, secondo la personalità di ciascuno, ipotizzando delle tappe o stati psicologici. Sono fasi da considerarsi a sviluppo cronologico, e che s'intrecciano e si risolvono a seconda della reazione che provocano nell'ambiente; possono svolgersi in poche ore o percorrere tempi più lunghi, dal momento della diagnosi-sentenza a quello della morte (Kubler-Ross E., 1969).**

La prima fase è caratterizzata dalla “*negazione*”, dal rifiuto e dall’isolamento. Il paziente dopo il primo momento di shock, non riesce ad accettare che sia “proprio lui” ed esprime il suo stupore con la frase “*no, io no, non può essere vero*” (Kubler-Ross E., 1979). In questo periodo, egli cerca tutto ciò (altri medici, altri esami, guaritori ecc...) che possa sconfessare la diagnosi, e quindi confermare la sua tesi, nonché la speranza che non possa essere lui il malato. Questa fase è molto importante, perché, come dice la Kubler-Ross “*il rifiuto dopo un’inattesa notizia, permette al malato di ritrovare coraggio e con il tempo, mobilitare altre difese meno radicali*”. Grazie all’isolamento, il malato riconosce certamente la gravità del suo stato, ma si limita a descriverla con distacco e decisione, facendone un resoconto distante e inespressivo, dissociando la rappresentazione penosa dell’affetto, “intellettualizzando” la malattia e trasferendola in modo naturale, in un corpo diverso dal proprio. Per mezzo di questa dissociazione, il malato cerca di attenuare l’inizio della paura prima dell’irreversibile conferma del dolore fisico e della sofferenza. Anche se c’è da dire che negli stadi iniziali i carcinomi provocano raramente dolore, negli stadi successivi esso può comparire come conseguenza degli interventi chirurgici, chemioterapici, radioterapici, ecc. (Biondi M. e coll., 2002). L’importanza del momento della diagnosi è evidenziata dalla reazione del

paziente, che sarà anche in funzione del “chi” e del “come” comunicherà la presenza della malattia, infatti *“il rifiuto ansioso che segue la presentazione di una diagnosi è più tipico nel paziente che viene informato prematuramente o all’improvviso da qualcuno che non conosce bene il malato, o che lo fa in fretta perché gli pesa farlo, senza prendere in considerazione se il malato è pronto a sentirselo dire”* (Kubler-Ross E., 1979). Anche in questa fase è importante dialogare sugli stati d’animo, sul futuro e sui problemi che la malattia comporta, non solo col paziente, ma anche con la famiglia.

Nella seconda fase emerge la *rabbia*. La collera è rivolta verso il destino (*...Perché proprio a me?..*) (Kubler-Ross E., 1979) e verso tutto ciò che è messaggio di vita, ma che continua solo per gli altri. La rabbia è per l’inganno subito, per il doppio gioco del dire e non dire, non voler far sapere, che ha caratterizzato relazioni anche intime. L’ostilità è rivolta soprattutto a chi più vicino al paziente, a chi si rende più disponibile, a chi si ama di più, perché si pensa che quell’affetto verrà tradito. Questa è la fase in cui, superato lo shock iniziale e il rifiuto, il malato si sente intrappolato non tanto dalla malattia in sé, ma dalla condizione che essa crea e impone, attraverso l’ospedalizzazione, i tempi della terapia, le limitazioni nei cibi e nelle uscite, nelle relazioni interpersonali, che

pone l'individuo in una condizione di non libertà. Di questa fase la Kubler –Ross dice: “...è molto difficile da tradurre tutto sembra ricordare al malato che è invalido...”, che non è libero, poiché si sente fortemente ricacciato nel ruolo dell'infermo, scaricando la rabbia verso gli altri. Interessati a questi attacchi sono tutti: medici, infermieri, e familiari.

La terza fase è quella del *patteggiamento*. L'Autrice la descrive come la fase del compromesso con Dio, con i medici, con chiunque si abbia “dei conti in sospeso”: si barattano i mesi, i giorni di vita, con offerte, revisioni testamentarie, ecc.. Il paziente, rendendosi conto della sua impotenza, agisce su basi magiche. Questo atteggiamento potrebbe celare una componente magico-infantile, la cui origine si può rintracciare in quel momento dello sviluppo che caratterizza il passaggio, come descrive anche Winnicott (1974), dall'area dell'illusione a quella della disillusione, che il bambino realizza attraverso la creazione dell'oggetto transizionale. In condizioni di sviluppo normale l'oggetto transizionale perde con il tempo le sue peculiarità e la sua importanza, ma “...il bisogno di un oggetto specifico o di un modello di comportamento che abbia avuto inizio precocemente può ricomparire ad un'età successiva, quando vi sia una minaccia di privazione...” (ibidem,

p. 72). Ciò che il malato intende ottenere con il compromesso è il prolungamento della vita, o di essere liberato per alcuni giorni dal dolore, dal disagio fisico, dal male. Caratteristica di questo patto è il suo essere implicito: lo si può accostare all'oggetto transizionale, come *“area intermedia tra l'incapacità e la crescente capacità del bambino di riconoscere e accettare la realtà”* (Winnicott D., 1974); è una richiesta che il paziente fa ed agisce come se dovesse essere esaudita. *“Il venir a patti, in realtà, è un tentativo di dilatazione; deve includere il premio offerto per una buona condotta, pone anche un determinato limite di tempo e include una promessa implicita, che il malato non chiederà di più se gli verrà concessa questa dilatazione”* (Kubler-Ross E., 1979, p. 45). Le promesse, naturalmente, come per i bambini, non verranno mantenute, anzi il malato avrà sempre qualche altra richiesta da fare.

La quarta fase è quella della *depressione*. Le depressioni sono un normale fenomeno concomitante delle forme maligne, come manifestazioni del fatto che il paziente non può più mantenere il diniego con cui proteggeva il proprio Sé, ed è costretto a dirsi: *“...si sono proprio io il malato di cancro...”* (Kubler-Ross E., 1979). Le depressioni sono anche fasi necessarie per l'elaborazione della malattia. Se la depressione si fonda soprattutto sul senso d'isolamento e sulla

sensazione di una perdita vera o presunta di rapporti interpersonali importanti la si definisce *depressione anaclitica* (Spitz, 1965). Si tratta di un duplice sentimento di perdita, di ciò che si era e si aveva, ma anche di ciò che si perderà. La scomparsa di ogni positiva percezione di Sé, del senso di sicurezza e di forza e l'impressione di aver perso la capacità di amare e di essere amati (Bibring, 1961) determinano la *depressione reattiva*. Generalmente i malati di cancro sono soggetti ad entrambe le forme depressive. Anche la Kubler-Ross parla di questi due modi di vivere la depressione e sostiene che entrambe debbano essere affrontate in modo diverso, in quanto sono di natura diversa, come lo è anche la sfera affettiva che vanno a toccare. L'Autrice vede la depressione anaclitica come preparatrice alla morte. Per ciò che concerne la depressione reattiva dice testualmente *“siamo sempre impressionati nel vedere come diminuisce abbastanza in fretta la depressione di un malato, se qualcuno si prende cura di questi problemi esistenziali“* (ibidem, 1974, p. 85). Mentre per ciò che riguarda l'altra forma sostiene: *“non si presenta come il risultato di una perdita subita, ma prende in considerazione le perdite che stanno per accadere“*. Diverso è nelle due espressioni delle depressioni, anche il tipo di relazione di cui il malato ha bisogno: infatti nel primo caso, avendo bisogno di essere rassicurato e di sapere ciò che accade,

occorre che la relazione sia fatta di parole; mentre nel secondo caso si evidenzia la fase preparatoria, perciò *“nel dolore che prepara alla morte c’è bisogno di poche parole o addirittura di nessuna”* (Kubler-Ross E., 1979). Bisogna però distinguere le depressioni dalle inevitabili e comprensibili *“reazioni di lutto”* alle esperienze di perdita legate alla malattia (Freud S., 1915). Non di rado i malati di tumore si vergognano della loro depressione, per cui di fronte agli altri la rimuovono o la negano, e allora la depressione passa da uno stato manifesto ad uno latente. I malati con una depressione latente sembrano particolarmente discreti e piacevoli, per cui in ospedale non si bada ai loro problemi, con il rischio che il loro senso d’isolamento e quindi la loro sofferenza psichica si aggravi (Meerwein F., 1995). Le depressioni possono comparire già nello stato iniziale oppure manifestarsi pienamente solo dopo la fine della prima fase della cura (operazioni, chemioterapia), quando il paziente si trova di fronte al compito-problema della propria riabilitazione psicosociale. Nella depressione clinica si nota un rallentamento psichico che i soggetti descrivono come *“un non riuscire più a pensare”*. L’inibizione del pensiero esprime in realtà un’inibizione a simbolizzare, che ha come conseguenza il precipitare del pensiero sul corpo. Depressioni quasi normali e depressioni gravi possono insorgere nello stadio di progressione (Bellini M., Carta E.,

1995): a questo punto il malato si considera spacciato e si è rassegnato. Collera e conflittualità ora sono rivolte contro se stesso, contro quella parte del proprio Sé che non è riuscita a difendersi dall'irruzione del processo maligno, di fronte al quale si sente ora inerme e indifeso. La sofferenza psichica cresce fino a diventare insopportabile. In questo momento è fondamentale che il rapporto medico – paziente sia franco e sincero.

L'ultima fase è quella dell' *accettazione*. Essa è un vuoto di sentimenti. In questa fase il paziente, *“se ha avuto tempo sufficiente e se è stato aiutato a superare le fasi precedenti, si approssimerà alla fine con una certa serenità”* (Kubler-Ross). Nei malati di cancro, soprattutto in questo stadio avanzato della malattia, compare frequentemente una sorte di *“scissione interiore”* (Campione F., 1990), che può essere molto importante per sopportare la fase terminale della malattia. Per *“scissione interiore”* si intende la presenza simultanea di una reale consapevolezza dell'approssimarsi della morte e di una fiducia nella possibilità di sopravvivere, che si esprime in fantasie, spesso molto vivide, sul proprio immediato o lontano futuro. Accorgersi di questa scissione e gestirla nel miglior modo possibile sul piano psicologico è spesso estremamente difficile per le persone che hanno a che fare con il paziente, perché

la comprensione profonda di questa scissione, cioè l'empatia, è in stridente contrasto col principio di realtà che in genere prevale in loro. L'irrazionalità di questa scissione, che apparentemente nega ogni realtà, può non essere accettata dalle persone che circondano il malato, che perciò non capiscono che grazie a questa scissione il paziente supera la sua angoscia di morte. Questa è inoltre la fase dei silenzi, dei contatti, dello sfiorarsi la mano o i capelli, le quali hanno un significato più profondo, rispetto alle tante parole che il paziente non ha la forza di ascoltare. Di contro questa è anche la fase in cui i parenti invece non hanno bisogno di molte parole per essere rassicurati, è *"... il momento in cui i parenti camminano su e giù per i corridoi dell'ospedale senza sapere se andare via per occuparsi dei vivi o rimanere lì ad aspettare..."* (Kubler-Ross E., 1979).

Di fronte a queste situazioni cliniche non esiste un atteggiamento stereotipato come risposta a domande distinte e opposte. Saper decodificare i meccanismi di difesa e la capacità d'integrazione del paziente, rivelargli in modo graduale, secondo il suo ritmo, i dati relativi alla sua malattia perché possa assimilarla progressivamente, permette al medico, che altrimenti si sentirebbe sommerso dalla propria angoscia, di stabilire una relazione empatica.

La reazione del paziente dipende da diversi fattori: dal grado di aggressività della malattia stessa; dal livello precedente d'adattamento, dal significato di minaccia che il cancro rappresenta nei confronti degli obiettivi evolutivi; da fattori culturali e religiosi e dal supporto disponibile; dalle caratteristiche di personalità; dallo stile di *coping*, che è risultato determinante nel modulare le differenze individuali di reazione psicologica alla malattia e la qualità di vita dopo la diagnosi, nell'influenzare la risposta e la *compliance* ai trattamenti antineoplastici e il decorso biologico della malattia.

Di fronte ad un evento traumatico così importante, come una diagnosi di cancro, le reazioni emozionali, associate a variabili psicosociali, possano dar luogo a condizione di sofferenza psichica inquadrabile come disturbo psicopatologico con una prevalenza dei disturbi dello spettro depressivo, dei disturbi d'ansia, della sessualità, dell'adattamento, fino ad arrivare nei casi più gravi ed avanzati a registrare disturbi psicotici e disturbi mentali su base organica (Torta R., Mussa A., 1997).

A questo punto si può ben capire che gestire da soli una crisi, nata a seguito di una diagnosi di cancro, è pericoloso, poiché la sofferenza che essa

comporta può indurre facilmente il paziente a scegliere una soluzione rapida, “indolore” e quindi insufficiente, piuttosto che tollerare l’ansia e il dolore, che possono essere molto forti. In questo momento, particolarmente intenso e delicato, il paziente ha bisogno di qualcuno che lo segua, e che lo aiuti durante tutto il decorso della malattia, dal momento di shock iniziale a seguito della diagnosi fino a tutti i trattamenti terapeutici: questo qualcuno è lo psiconcologo che, dotato di una serie di “competenze tecniche ed emotive”, deve essere in grado di creare per il paziente uno spazio di consultazione, uno spazio utile per pensare, per dirimere quella complicata matassa di affetti che la crisi suscita, e per poterli trasformare in parole, pensieri e simboli (Calafiore A., 2003, “*La formazione specialistica dello psiconcologo*” in Atti dell’VIII Convegno Nazionale “*L’integrazione delle cure mediche, trattamento farmacologico e intervento psicologico in oncologia*”, Strano ed., Catania). Il paziente deve poter elaborare il lutto per la perdita della credibilità dei propri miti affettivi e delle convinzioni razionali che lo avevano sostenuto nel periodo precedente alla crisi, e riuscire a riorganizzare la speranza, a rivitalizzare le parti forti del Sé e superare la ferita narcisistica (Calafiore A., op. cit.).

Una buona conclusione di una crisi consiste in una seconda nascita (Didier F., 2003): il paziente affronta il futuro dotato di una nuova attrezzatura affettiva, spesso con atteggiamenti molto diversi da quelli usati nella fase di vita precedente alla crisi, con un importante cambiamento delle difese del carattere; è avvenuta nel soggetto una metamorfosi, una vera e propria rinascita psicologica; è come se il soggetto si fosse trovato costretto ad instaurare nella propria mente un livello molto più elevato di “democrazia affettiva” (Fornari F., 1985), prendendo in considerazione parti di sé che prima non tollerava.

### **Le difese del paziente neoplastico**

Ogni evento per così dire traumatico provoca una serie di “contromisure” che permettono all’Io del soggetto di continuare a funzionare in modo autonomo e sufficiente, evitando che l’equilibrio ottimale di ogni organismo venga ad essere alterato. La malattia che è di per sé un evento frustrante, provoca ansia, la quale a sua volta rompe l’equilibrio, che deve essere ristabilito e per far questo l’individuo fa ricorso ad una barriera psicologica formata da meccanismi di difesa. Di fronte alla diagnosi di cancro il paziente sente di non potersi difendere perché l’angoscia è troppo

**forte, troppo intensa. E' importante capire a questo proposito chi difende chi, e per rispondere a questa domanda dobbiamo riferirci alla teoria psicanalitica, che ha sottolineato come noi oltre ad essere fisicamente un corpo che comprenda più organi, psichicamente siamo un apparato (psichico, appunto) comprendente tre "istanze" fondamentali: l'ES, l'IO e il SUPER-IO.**

**Su questa base riferendoci all'analisi profonda che ne ha fatto Freud, si può affermare che i meccanismi di difesa non sono altro che le strategie sviluppate dall'Io incoscientemente per raggiungere uno o entrambi i seguenti obiettivi:**

**- evitare o gestire qualche sentimento intenso e minaccioso, di solito angoscia, a volte dolore insopportabile e altre esperienze emotive disorganizzanti;**

**- mantenere l'autostima (Mc Williams, 1999).**

**Quindi le difese negli adulti si strutturano inizialmente come modi globali, inevitabili, sani e del tutto adattivi di percepire il mondo (Mc Williams, 1999). Naturalmente è il loro livello, il loro grado, la loro rigidità che crea una soglia accettabile e perciò funzionale al raggiungimento dell'equilibrio.**

Possiamo ora rispondere alla domanda posta prima ed affermare che è l'Io che si difende da tutto ciò che genera angoscia, e che se divenisse consapevole lo farebbe soccombere, mettendo così fuori uso l'istanza di mediazione, di controllo e di coagulo del nostro apparato psichico, vero e proprio fattore determinante della nostra "unità" personale e del nostro equilibrio.

Con queste premesse possiamo studiare più da vicino i meccanismi che il paziente oppone al cancro, notando innanzitutto che:

I) le reazioni psicologiche di difesa sono condizionate dalla personalità complessiva di cui l'Io fa parte, dal tipo e dall'intensità degli stimoli nocivi, dolorosi, angoscianti che deve filtrare o arrestare;

II) tutte le difese psicologiche possono riuscire completamente o parzialmente, o fallire, nell'intento specifico di combattere l'angoscia.

I meccanismi di difesa che più frequentemente si riscontrano nel paziente neoplastico, come risulta dalla letteratura, sono: la negazione, la rimozione, la regressione, la proiezione e l'isolamento (Campione F., 1986).

La negazione si manifesta soprattutto nelle prime fasi della malattia e può spiegare tutta una serie d'atteggiamenti del malato, dalla "resistenza" agli esami clinici fino alla "negazione dell'evidenza" (Campione F., 1986). Le forme di negazione possono essere le più varie, in relazione con lo stile personale del soggetto che l'usa e col grado di maturità dell'Io. Abbiamo innanzitutto il "non vedere" e il "non udire", lo scotomizzare, di certi pazienti, che tradisce, un desiderio di "non sapere" per non soffrire. Queste persone si comportano di fronte al cancro come colui che, posto di fronte a qualcosa di sgradevole si mette la mano davanti agli occhi, pensando in questo di poter evitare il "contatto" con ciò che si vede. Si capisce bene come il rapporto con l'oggetto, con l'emozione sgradevole sia sempre ambiguo: il paziente non aspetta per "negare" la certezza della diagnosi o la reale gravità della prognosi, ma comincia a reagire negando al primo sospetto del male. Così facendo il paziente neoplastico finisce per non vedere e non sentire veramente, perché si comporta in modo tale da sfuggire il più possibile ad un contatto "reale" con la sua condizione. A questo paziente basta non vedere, non ascoltare, non sapere, non toccare, ecc..., per tranquillizzarsi, cioè per evitare l'angoscia che vedere, udire, e altro gli procurerebbero. Il suo Io funziona come una vera e propria barriera che non

lascia passare certi stimoli (quelli angoscianti), e che scatta al minimo accenno della presenza nel campo di una qualche loro avvisaglia. E' un Io che si rifiuta di esaminare a fondo la realtà e che preferisce, per non doversi confrontare con gli aspetti sgradevoli di essa, sbarrare la strada, indiscriminatamente, a quegli stimoli che presume essere produttori d'angoscia. La sua è una specie di logica magica: se evito il "contatto" con tutte le realtà che sospetto essere sgradevoli, allora le annullo, è come se per me non esistessero (Carotenuto A., 1997).

Infatti, i pazienti che usano questa difesa contro il cancro tendono ad usarla, in modo generalizzato, contro tutte le altre stimolazioni spiacevoli, "eccessive", sia che provengano dal loro interno (non ascoltano, ad esempio, i loro desideri profondi) che dal loro ambiente (se, ad esempio, la dipendenza provoca loro angoscia, scotomizzano tutto ciò che è indice di una loro posizione di dipendenza, comportandosi come se avessero un'assoluta autonomia d'azione e di giudizio).

Si tratta, comunque, di difese che possono essere considerate "immature" dato che:

-la negazione può ostacolare la diagnosi e la terapia del cancro;

- il paziente è spesso costretto ad abbandonare questo genere di difese nelle fasi avanzate del male, perché questo inizia a imporsi con una certa evidenza e forza (con deformazioni del corpo o dolori atroci).

Questo vuol dire che sono difese deboli, incapaci di reggere l'urto dell'evolversi continuo della neoplasia, quanto meno nella maggioranza dei casi.

Il diniego, il non voler riconoscere la propria malattia, è uno dei più efficaci atteggiamenti di difesa del malato di tumore di fronte alle crisi d'angoscia legate alla formulazione della diagnosi, e per questo motivo è necessario parlarne dettagliatamente. In molti malati di cancro il diniego si manifesta clinicamente in un momento qualsiasi del decorso della malattia. I pazienti che usano il diniego vivono, parlano, agiscono come se non sapessero di essere malati di cancro o lo sapessero solo su un piano razionale, scisso dalle reazioni emotive che accompagnano questa consapevolezza, e questo anche quando hanno ricevuto tutte le informazioni sul loro caso, senza omissioni o fraintendimenti vari: si comportano verso sé stessi e verso gli altri adottando un atteggiamento che oscilla tra il "sapere" e il "non sapere" (Campione F., 1986). Spesso il diniego

può scomparire dopo lo shock iniziale, successivo alla comunicazione della diagnosi. Forme semplici di diniego si manifestano con una tendenza a minimizzare o con un eccessivo ottimismo di fronte agli interventi terapeutici da intraprendere. Alla base delle forme più complesse nello stadio iniziale possono però esserci rappresentazioni più irrazionali, come per esempio che il medico si sia sbagliato nel formulare la diagnosi, che i propri esami siano stati confusi con quelli di qualcun altro, ecc. Con questa modalità difensiva il paziente si tutela dagli effetti del senso d'isolamento e di discriminazione o dal senso di "catastrofe" che la consapevolezza di essere malati di cancro può generare (Campione F., 1986). Perciò la tendenza del malato al diniego in questa fase iniziale della neoplasia ha il carattere di un diniego d'adattamento: solitamente i familiari del malato e il personale medico lo capiscono e tendono ad appoggiarlo. È, inoltre, possibile che un intenso diniego d'adattamento iniziale serva a migliorare la prognosi, perché pone il paziente in una posizione più attiva e combattiva nei confronti della sua malattia. D'altronde tutta una serie di studi (Solano L., 2001) hanno dimostrato come modalità di coping adattive o disadattive possono avere effetti positivi o negativi sulla salute. Tuttavia se nel corso della malattia viene offerta al paziente una buona assistenza medica e psicologica il diniego totale

d'adattamento, in genere, tende a mitigarsi, e subentrano forme più selettive di diniego, riferite ad aspetti della malattia e non alla malattia nel suo complesso (per esempio: ...*”so di avere il cancro, ma è stato preso in tempo e non c'è alcun rischio di metastasi. Il mio mal di schiena dipende dai miei reumatismi cronici”*...) (Meerwein F., 1989, p. 107).

Il diniego è comunque un meccanismo di difesa che non può essere sostenuto a lungo, perché richiede un significativo investimento di energia psichica, e allora nel paziente tende a subentrare, spesso, un vissuto di rabbia, di collera contro il destino (...*”ma perché proprio a me”*...) e contro tutto ciò che è messaggio di vita: una vita che “inesorabile” continua ad andare, con i suoi ritmi, ma che il paziente sente sempre più sfuggente e precaria. È un sentimento di ostilità rivolta soprattutto a chi sta più vicino, a chi si rende più disponibile, a chi si ama di più. Se pensiamo all'origine etimologica del termine aggressività, che non vuol dire “andare contro”, ma “andare verso” qualcuno, capiamo, in effetti che, in questa fase della malattia, l'aggressività è, molto spesso, un grido d'aiuto rivolto a chi si ama, un modo per comunicare. E' importante che questo grido trovi un orecchio disposto a coglierlo e a dargli il giusto significato (Rolando T., 1998).

C'è poi la rimozione del cancro, caratterizzata dal fatto che il paziente vive e agisce nei confronti del suo male dando l'impressione che tutto vada bene. Il paziente non ha bisogno di sottrarsi alla verità sul suo reale stato di salute perché, più che non volerlo vedere, egli non può vedere. L'essenza della rimozione è un "dimenticare motivato" (Mc Williams, 1999). Freud (1915b), scriveva che *"la sua essenza consiste semplicemente nell'espellere e nel tenere lontano qualcosa dalla coscienza"*. Se una disposizione interna o una circostanza esterna sono sufficientemente disturbanti o sconcertanti è possibile consegnarli direttamente all'inconscio. Questo processo è applicabile all'esperienza nella sua globalità, all'affetto che vi è connesso, o alle fantasie e desideri associati. Non tutte le difficoltà nel ricordare sono frutto della rimozione; solo quando ci sono elementi per affermare che un'idea, un'emozione, o una percezione sono diventati inaccessibili alla coscienza *"a causa del loro potere disturbante"* (Freud S., 1915b), ci sono le basi per supporre che questa difesa sia in atto. Sono pazienti modello, seguono tutto l'iter diagnostico, si sottopongono a tutte le terapie del caso, sono informati di tutto e su tutto, e vanno avanti con un atteggiamento eccessivamente tranquillo rispetto alla gravità della diagnosi, un atteggiamento che a volte può sembrare insensibilità. Dal punto di vista

psicodinamico, si potrebbe spiegare questo tipo di reazione del paziente neoplastico, col dire che in questi casi ci si difende “disinnescando” la potenzialità nociva degli stimoli, in modo tale che nessuno di questi possa scalfire quelle che sono le sicurezze del soggetto *“accada quel che accada, tanto niente potrà colpirmi”* (Campione F., 1986). Si deve supporre che questa insensibilità sia propria dell’Es, visto che l’Io è in grado, comunque, di esaminare la realtà e di coglierne le caratteristiche. Si ha l’impressione di trovarsi di fronte a un apparato psichico, il cui Io abbia perduto o non abbia mai acquisito la capacità che solitamente ha di comunicare con l’Es influenzandone le dinamiche. Probabilmente, si tratta di uno sviluppo distorto dell’Io, che ha acquisito la capacità di fare l’esame di realtà, senza però avere l’autonomia sufficiente per imporre all’Es le sue necessità. Dobbiamo aggiungere che una distorsione del genere può raggiungere livelli patologici tali da determinare, come in alcune forme di psicosi, una certa insensibilità al dolore fisico.

La regressione è un meccanismo di difesa che può manifestarsi con vari atteggiamenti: la passività, la dipendenza, l’aggressività, la restrizione del campo d’interessi, ecc. Il soggetto si lascia andare e ritorna bambino, si lascia curare dal medico o dall’infermiera visti come una “madre buona”, si

mette a letto e inizia la sua lunga convalescenza (Mc Williams, 1999). Ciò comporta una forte dipendenza dalle figure che si occupano di lui, una dipendenza che a volte può intralciare la fase riabilitativa del soggetto e che può condurlo a una pericolosa depressione. Cosa fa il paziente che regredisce? Fondamentalmente “si fa fare tutto” senza mai avere un minimo di reazione, con l’indifferenza di chi si fa assistere e accudire riversando sugli altri la completa responsabilità del male e dell’iter da seguire, delle scelte importanti che riguardano la malattia o la vita privata del paziente, di chi vuole guarire immediatamente e che si ribella aggressivamente se ciò non avviene. Questo meccanismo consiste in una “presa d’atto” eccessiva della malattia, come se il paziente ragionasse così: se sono malato curatemi, l’unica consolazione che posso avere in questa situazione mi può derivare dal sentirmi libero da ogni responsabilità, completamente affidato a delle mani competenti (il medico è vissuto in quest’ottica come un guaritore onnipotente dotato di particolari poteri) (Meerwein F., 1995). Accade, in altre parole, che l’Io del paziente soccombe alla realtà della malattia e nella psiche prevalgono le forze dell’Es che, in queste condizioni, tenderanno a realizzare il massimo di gratificazione nella riedizione di una situazione di passività e di dipendenza, già sperimentate nell’infanzia come qualcosa di estremamente positivo e

di comodo. Tutto questo ricorda molto la resistenza passiva, nella quale ci si difende da una realtà sgradevole, non cercando di cambiarla e di vincerla, ma cedendole: se ha un cancro e non sa accettarlo né esorcizzarlo in alcun modo, può abbandonarsi a questo e affidarsi a dei medici competenti e a dei familiari protettivi. Ed anche questa è una forma di difesa, perché così facendo trasferisce le angosce che il male procura, sul piano dei rapporti interpersonali (Mc Williams N., 1999).

Un altro aspetto molto importante della regressione è che chi si prende cura del paziente riattiva una speranza nata molto tempo prima: in modo simile Winnicott (1958) parte da questo presupposto quando descrive il processo regressivo in analisi, come una difesa che l'individuo ha mantenuto, per difendere il suo Sé, il vero Sé, dalle carenze ambientali, congelandolo nell'attesa di una seconda possibilità per riprendere il normale sviluppo. L'Autore, infatti, afferma testualmente:

*“L'individuo non perde mai completamente la speranza ed è sempre disposto a tornare indietro per cominciare nuovamente il processo di sviluppo dal punto in cui è stato interrotto”.* (ibidem, p. 121).

Spesso però, pur essendo la sua personalità dominata da uno stile difensivo particolare (la

negazione, la rimozione, la regressione...), tutti questi meccanismi difensivi possono coesistere contemporaneamente nel paziente. Ciò rende necessario, per il medico e il personale sanitario in genere, ma anche per i familiari, affrontare le difese psicologiche del malato di cancro non in astratto, ma situandole di volta in volta nel contesto personale d'ogni paziente, rapportandole all'età, in modo tale da scegliere l'atteggiamento più idoneo nelle varie circostanze. Ogni stato d'animo, ogni comportamento, ogni difesa è propria di uno specifico livello di sviluppo dell'Io raggiunto fino a quel momento e di una specifica età.

A questo proposito bisogna accennare anche al problema del dolore che può diventare molto intenso in certe forme tumorali di stadio avanzato. La persistenza o l'ingravescenza del dolore degrada vistosamente il benessere dell'individuo sotto il profilo sociale, professionale e psicologico, non solo in ragione della perdita di ruolo che la malattia comporta, ma anche per la frustrazione derivante dai trattamenti medici, e dal mancato riconoscimento, da parte dell'ambiente circostante, della legittimità a lamentarsi (Torta R., Mussa A., 1997). Di fronte ad un dolore molto forte l'Io del paziente non può fare altro che soccombere per evitare che abbiano luogo delle gravi manifestazioni d'angoscia, quali

**agitazione, desideri di morte, tentativi di suicidio, causate appunto dal forte dolore.**

**Se il meccanismo psicologico di difesa adottato incosciamente dal soggetto funziona alleviando l'angoscia che il cancro provoca, il paziente imparerà a convivere col suo male, adottando quegli atteggiamenti che abbiamo visto essere correlati ad ogni meccanismo di difesa. Se invece la difesa fallisce e l'angoscia ha il sopravvento, si possono avere due tipi particolari di conseguenze: il paziente esprime l'angoscia continuando a "chiedere" d'essere aiutato a sopportare la sua condizione di malessere; oppure emergono varie sintomatologie psicopatologiche (depressioni, deliri, nevrosi ipocondriache) che, nell'ottica freudiana, possono essere considerate come "formazioni di compromesso" tra le difese dell'Io e l'inaccettabilità del cancro da parte dell'Es.**

## **L'impatto della malattia sulla famiglia**

**L'impatto della malattia neoplastica sul nucleo familiare del paziente ha enormi implicazioni: l'intera famiglia, così come il paziente neoplastico, viene investita massivamente dall'evento e dalle connotazioni estremamente negative legate alla malattia, con conseguenti notevoli ripercussioni sulle relazioni all'interno della famiglia e sull'equilibrio dell'intera struttura familiare .**

**Il cancro evoca immediatamente il fantasma della morte e racchiude in sé un senso di minaccia, di colpa e di disperazione, per cui esso si configura come un**

evento familiare stressante, come “malattia familiare“, più che come patologia dell’individuo. La serie di problematiche coinvolge non solo l’esperienza esistenziale del singolo, ma incide, con immediata e profonda risonanza, nell’ambiente familiare con caratteristiche differenziate a seconda delle varie fasi della diagnosi, della terapia, e del reinserimento sociale (Invernizzi e coll., 1992; Biondi M e coll., 1995). Anche la famiglia attraversa un processo d’adattamento innescato dalla malattia: dopo una prima fase di shock e di negazione, subentra spesso uno stato di “confusione emozionale” quando la diagnosi è definitivamente confermata, e si cerca di stabilire il trattamento più adeguato. Questo processo richiede tempo e il paziente e la sua famiglia sono come sospesi. È di rilevante importanza in questi casi il sostegno che l’intera famiglia riceve, sia a livello pratico sia a livello emotivo.

La concezione familiare della malattia e della morte influirà significativamente sulla modalità di organizzazione di quel particolare nucleo familiare, e questo si verificherà sia in presenza di famiglie “sane“, in grado di fronteggiare in maniera ottimale la situazione e di adattarsi fisiologicamente alla diagnosi e alla patologia, sia in presenza di famiglie “patologiche“, contraddistinte da modalità di

**funzionamento improntate al distacco o all'invischiamento ( Torta R., Mussa A., 1997).**

**Si possono individuare diversi aspetti che si vanno ad intrecciare e che creano in modo complesso la reazione della famiglia al cancro:**

**-Organizzazione familiare: le principali modalità di funzionamento sono due ma racchiudono tra di loro le più svariate alternative.**

**La prima modalità è l'ipercoinvolgimento, la famiglia tenderà in questo caso ad essere iperprotettiva e invadente nei confronti del malato e dello staff medico. Si protegge il paziente togliendogli ogni responsabilità, infantilizzandolo, oppure lo si "scuote", spingendolo ad alzarsi, o a dedicarsi a qualcosa per la quale spesso non ha né la voglia né la forza necessaria. La seconda modalità è il distacco che comporta scarsa partecipazione e disinteresse nei confronti del membro malato. La struttura familiare ottimale è nel mezzo di questi due tipi e presenta caratteristiche di coesione ed intimità, espressione aperta delle emozioni, mancanza di conflitti importanti.**

**-Storia familiare: ciascuna famiglia articola, nel corso della sua esperienza, convinzioni e modalità di risposta agli eventi, e ciò determina la storia della**

**famiglia stessa. La reazione della famiglia a precedenti eventi di alto impatto emotivo e le possibili precedenti esperienze di perdita influenzano il modo di risposta del congiunto sano alla malattia. La situazione è più complicata se la storia familiare è costellata da perdite e lutti per cancro, poiché più difficile risulterà la gestione delle problematiche e dei cambiamenti legati alla malattia. Un ulteriore fattore favorente la comparsa di disturbo dell'adattamento alla neoplasia è la presenza di problemi psicopatologici individuali e/o familiari come crisi, discordie nella coppia, modelli comunicativi patologici, ecc..**

**-Variabili culturali e supporto sociale: le variabili culturali (popolazione d'origine, costumi e tradizioni, religione) influenzano lo stile comunicativo all'interno della famiglia, l'adattamento al cancro, la relazione con lo staff medico e le istituzioni. Un importante variabile da considerare è il sesso del paziente che si ammala: importanti ricerche (Taylor, 1988; Marasso G. e coll., 1992) hanno dimostrato che le donne affette da una neoplasia alla mammella tendono a richiedere aiuto soprattutto a livello emozionale, e questo dato è molto significativo se si tiene in considerazione la stretta correlazione esistente tra immagine corporea e identificazione sessuale femminile. Mentre gli uomini richiedono supporto a livello pratico e materiale. Tali dati si integrano con quelli emersi dagli**

studi sul supporto sociale (Taylor, 1983, in Zani B. e Cicognani E., 2000), che hanno da tempo sottolineato come la possibilità di ricevere aiuto dalle relazioni interpersonali faciliti il superamento delle difficoltà collegate agli eventi stressanti. Il supporto che i familiari percepiscono dalle strutture oncologiche e dai servizi sanitari rappresenta una variabile importante, che implica una maggiore attenzione al significato affettivo, informativo e pratico che assume la relazione tra staff e famiglia.

Un nodo cruciale nel contesto familiare è il problema della comunicazione della diagnosi, che non investe esclusivamente la figura del medico, ma coinvolge soprattutto i parenti del paziente. Spesso è lo stesso medico, sopraffatto da angosce depressive, a delegare a un familiare il compito di comunicare al paziente la diagnosi o a lasciare a lui la decisione di comunicarla o meno. Si realizza pertanto una “connivenza“ tra medico, paziente e familiare che frequentemente incrementa le angosce del paziente, al quale viene celata o mistificata la verità sulla malattia, almeno in termini verbali, mentre la comunicazione non verbale contraddice il più delle volte quanto è negato verbalmente. Numerosi studi, tra i quali quello condotto da Taylor nel 1987, sostengono l’opportunità di una comunicazione più onesta e aperta con il malato, dal momento che essa influisce

positivamente sul processo di adattamento alla malattia, favorendo un *coping* costruttivo, oltre a fornire al paziente la sensazione di accoglimento e considerazione dei propri bisogni e delle proprie angosce esistenziali, finalmente divenute esprimibili, e la possibilità di condivisione e di reciproca consolazione. La tendenza comune a molti familiari di pazienti neoplastici a non parlare della malattia esprime l'atteggiamento di diniego, di negazione, tipicamente occidentali, nei confronti della morte, e mira teoricamente a evitare al paziente risposte depressive o, nei casi più estremi, tendenze suicidarie. In realtà, priva il paziente di un'importante possibilità di cambiamento, oltre che di una possibilità di condivisione e di reciproca consolazione.

Un tumore rappresenta un evento stressante e questo per diversi motivi, alcuni più ovvi, altri meno. Esigenze nuove si impongono e diversi cambiamenti si verificano simultaneamente: modifiche dell'attività e degli obiettivi familiari possono includere un allentamento di quello che è il rapporto di coppia, una revisione negli obiettivi di carriera, nell'uso del tempo, minore energie da dedicare agli altri membri della famiglia, il peso di accresciute responsabilità, una nuova definizione e divisione dei ruoli familiari, problemi economici legati alle cure mediche.

In particolare gli effetti della malattia sulla relazione di coppia sono, come prevedibili, imponenti; i coniugi appaiono maggiormente coinvolti dal punto di vista emotivo rispetto ad altre figure familiari e, in genere, quasi tutti modificano i propri ritmi di vita e li inscrivono nel rapporto di coppia. Nel contempo, si osservano molto frequentemente meccanismi di negazione del cambiamento che la malattia ha apportato all'equilibrio della coppia e un irrigidimento nella relazione tra i coniugi, derivante da una comunicazione spesso non autentica, dal diniego della malattia e delle sue implicazioni. Il più delle volte, pertanto, manca un'elaborazione psicologica dell'evento con conseguente mistificazione dei rapporti (Marasso G. e coll., 1992). Nei casi più fortunati il coniuge sano può manifestare la sua partecipazione affettiva, la sua capacità di calore empatica e di sostegno nei confronti del coniuge malato, condividendone le esperienze e le difficoltà: questa modalità di comportamento, ovviamente, favorisce un migliore adattamento della coppia e della famiglia al cancro. Le ricerche (Taylor, 1984) hanno dimostrato come il tipo di relazione all'interno della famiglia e, nello specifico, il rapporto col coniuge e coi figli, rivestano un ruolo fondamentale nel determinare l'adattamento di pazienti affette da neoplasia alla mammella alla loro malattia. Uno stile familiare di coinvolgimento empatico è in genere correlato a un

migliore adattamento alla malattia e a un migliore funzionamento psicosociale.

A prescindere dalla reale gravità della prognosi, nella mente dei familiari ciò che scatta immediatamente è il pensiero della morte, che accompagna tutte le fasi della malattia: la diagnosi di cancro costringe le persone a guardare in faccia questo evento inquietante, questa paura che da sempre l'uomo cerca di allontanare da sé. Oltre alla paura, anche la rabbia fa la sua comparsa: a prescindere dal ruolo che il paziente ha all'interno della famiglia, l'assetto di questa è minacciato: *“come farò senza di te?”...,”perché ti sei ammalata proprio adesso...con ancora tante cose da fare?”*( Invernizzi e coll., 1992 ). Sono pensieri che però rimarranno per lo più inespressi.

Un aspetto non trascurabile dell'assistenza globale al malato e alla sua famiglia risiede nell'attenzione al difficile percorso di elaborazione del lutto che la famiglia dovrà affrontare, e che potrebbe aver inizio già prima della morte del paziente, con quella sorta di “lutto anticipatorio”, che assolve alla funzione di “preparare” l'individuo all'imminente separazione, al trapasso che diventa sempre più vicino (Bellini M., Marasso G., e coll., 2001). Nel momento in cui questa minaccia inizia a

**materializzarsi, nei familiari si innescano una serie di reazioni emozionali, cognitive ed esistenziali caratterizzate da:**

**- vissuti depressivi, sentimenti di ira, di colpa;**

**- meccanismi difensivi sotto forma di negazione dell'imminenza dell'evento, di rimozione, talora di abbandono a se stesso del paziente per l'incapacità di accettarne la fine, oppure recupero e valorizzazione degli aspetti positivi del rapporto col paziente;**

**- strategie cognitive mirate ad anticipare, per così dire, l'adattamento alla perdita del congiunto, o volte alla riaffermazione dei significati esistenziali più profondi (Biondi M. e coll., 1995).**

**Questa fase, peraltro, coincide con la più o meno lunga fase terminale della malattia, dolorosa, ambivalente e colma di incertezze, la quale espone la famiglia a un compito estremamente gravoso: quello di dover attuare un allentamento dei legami nei confronti del congiunto in attesa del distacco, di effettuare un allentamento dei legami e, nel contempo, di continuare ad assisterlo amorevolmente, di consolarlo e mantenere un contatto empatico, senza annullare la speranza, fino al momento della cosiddetta "cerimonia degli addii" (Campione, 1992). Il**

**lutto propriamente detto, legato alla perdita del congiunto, con il successivo superamento della stessa, inizia con la morte del paziente, e si caratterizza per la presenza di uno stato di sofferenza intima, spesso imponente, con tutti gli aspetti tipici di una sindrome depressiva acuta.**

**Il lavoro di elaborazione di una perdita può essere lungo e faticoso, in ogni caso non è mai facile né eliminabile. Esso consiste nell'attività psichica con cui il soggetto affronta il distacco dalla persona amata e si dispone ad una consapevole rassegnazione. Le modalità con cui tale processo si articolerebbe state variamente illustrate da diverse prospettive teoriche che hanno posto l'accento ora sulla mediazione culturale e sui sistemi di cordoglio collettivo (teorie antropologiche), ora sui processi di "riparazione" della perdita e sui meccanismi di difesa deputati al controllo dell'angoscia (teorie psicanalitiche), ora sulle operazioni psichiche di adattamento al cambiamento con cui l'individuo supera il dolore per una perdita (teorie biologiche). Una soddisfacente elaborazione del lutto consiste nel compimento delle appropriate ristrutturazioni affettive e cognitive, tendenti all'acquisizione di una piena consapevolezza della perdita, e alla sua accettazione profonda (Orrù W. e coll., 2001).**

Capita inoltre che il paziente, nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi, possa allontanare le persone care: le ragioni sono principalmente di tipo psicologico, e una delle più comuni deriva dal fortissimo senso di colpa che il paziente nutre nel sentirsi la “causa” di tanto scompiglio e di aver messo i suoi cari in una situazione difficile; senso di colpa che porterà il paziente a sentirsi un peso per tutti. Molti pazienti dopo la diagnosi di cancro si sentono così tanto trasformati da non riuscire ad esprimere liberamente quelli che sono i propri sentimenti; inoltre animati da un senso di protezione verso i propri cari evitano di rivelargli quelle che sono le loro più intime angosce, le loro sofferenze. Questa “protezione”, però, non fa che aumentare le tensioni all’interno della famiglia, quindi solo una sana e chiara comunicazione aiuterà la stessa a dare un senso a questa nuova e difficile condizione che sta vivendo, e a superare questo disagio collettivo e a potersi riscoprire come risorsa imprescindibile, come contenitore all’interno del quale è possibile “parlare”, “ricaricarsi”, “piangere”, “ridere”, “ricordare”.

Il lungo e difficile percorso che la famiglia affronta insieme al paziente, prescindendo dall’esito favorevole o infausto della malattia, si pone sicuramente come evento trasformativo di enorme

**significato, fino a poter essere considerato come un modo di conoscere e di conoscersi in tale contesto, in cui la malattia rappresenterebbe una sorta di catalizzatore. La cosa più preziosa che la famiglia e il paziente possono offrirsi reciprocamente è la disponibilità ad affrontare questa prova insieme.**

## **SECONDO CAPITOLO**

### **Malattia e regolazione affettiva**

**Il rapporto tra emozioni e salute è un argomento molto dibattuto, che può andare incontro facili a fraintendimenti: diversi studi (Temoshock e al., 1985; Biondi e Panchieri, 1999) hanno rilevato come la possibilità di esprimere all'esterno un'emozione abbia un effetto benefico sulla salute dell'organismo. Bisogna ricordare come la possibilità di esprimere all'esterno un'emozione implichi in realtà un processo**

notevolmente complesso, una capacità di vivere l'esperienza emotiva a livello consapevole (non solo fisiologico), e nel momento in cui questa si manifesta, di tollerarne la presenza per un tempo sufficiente a riconoscerla, attribuirle un "nome", comunicarla all'esterno con un linguaggio che sia realmente collegato all'emozione. Con questa descrizione è facile rintracciare un parallelismo col pensiero di Bion (1962), che sottolineava la necessità di trasformare gli elementi beta, che si vengono a formare a seguito delle esperienze, in elementi alfa, i quali soltanto possono costruire un'emozione cosciente e comunicabile, mentre gli elementi beta possono essere soltanto evacuati all'esterno come agito o all'interno come attività fisiologica (Solano L., 2001).

L' utilità dell'emozione di angoscia come "segnale" di pericolo venne riconosciuta da Freud già nel 1926 in "Inibizione, sintomo e angoscia". Autori successivi (Bibring, 1953; Engel, 1962) hanno sviluppato considerazioni simili rispetto alla depressione, vista come un segnale volto alla regolazione dell'autostima per evitare all'organismo rischi peggiori. Bion (1962) rilevò come le emozioni, invece che disturbare il pensiero (come spesso ritenuto nella cultura occidentale, a cominciare dal pensiero di Platone), siano assolutamente necessarie per riconoscere e valutare i dati dell'esperienza. Negli studi più recenti

(Emde, 1999) le emozioni, in particolare quelle non momentanee, ma durevoli (interesse, piacere) vengono viste come base per i processi di integrazione, organizzazione, sostegno allo sviluppo, e come fonti di informazione sulla propria identità.

Uno dei primi ambiti in cui è stato indagato il rapporto tra espressione emotiva e salute è stato quello dell'incidenza dei tumori e della sopravvivenza a questi. Dalla letteratura in ambito psicosomatico (Le Shan, 1964; Biondi e Panchieri, 1984) emerge che i soggetti affetti da neoplasia manifestano una difficoltà nella gestione delle emozioni, prevalentemente nella direzione di una scarsa espressione o di una espressione abnorme, e nella capacità di simbolizzarle congiuntamente agli eventi di vita.

L'attenzione alla ridotta capacità nell'esprimere le emozioni, specie quelle a contenuto aggressivo, è una costante che si ritrova in quasi tutti gli autori che si sono occupati e che continuano ad occuparsi di quest'argomento: dai Bahnson (1964, 1965, 1969), che evidenziarono la prevalenza in questi pazienti di meccanismi di difesa nell'area della negazione e della rimozione, ed enunciarono la loro teoria in cui il cancro veniva visto come alternativa alla psicosi, a Lydia Temoshock (1985), che è giunta a formulare il concetto di modalità di *coping* di tipo C come una costellazione di

caratteristiche di personalità predisponesti al cancro. Più recentemente altri autori, tra cui possiamo ricordare M. Biondi (1981, 1995, 2002), G. Marasso (1995, 2002), a L. Grassi (1997, 2002), F. Didier (2002), M. Watson(2003), hanno continuato ad osservare, studiare, e cercare di risolvere il disagio psicologico a cui buona parte dei pazienti neoplastici va incontro, e di fornire il livello più adeguato di supporto, sia al paziente che alla famiglia, per poter fronteggiare questa situazione di crisi.

Alla luce di quanto fin qui detto, è fondamentale evitare il rischio di cadere in considerazioni semplicistiche: infatti se è vero che sul piano clinico il riscontro di una scarsa espressione emotiva nei soggetti con malattie “psicosomatiche” è un dato acquisito da tempo, e pur vero che una migliore condizione di salute non è data dalla maggiore quantità di emozioni espresse. Finora sappiamo solo che un’espressione emotiva molto ridotta appare correlata con un peggiore stato di salute, in particolare con una predisposizione a sviluppare una neoplasia, ovviamente in presenza e in concomitanza di tutta una serie di altri fattori, a cominciare dall’età. Un possibile chiarimento ci proviene da quegli studi che, invece di seguire l’idea che una scarsa espressione emotiva sia associata ad un peggiore stato di salute,

sono partiti dall'ipotesi più articolata di un'espressione emotiva inadeguata, quindi anche eccessiva.

Il concetto di “*regolazione affettiva*“ ci permette di accostare costellazioni di atteggiamenti finora ritenute opposte, come il “tipo A” (M. Friedman e R. Rosenman, 1959), riscontrato nelle cardiopatie, caratterizzato da continua irritabilità, e il “tipo C” (Temoshock ed Heller, 1985), nelle neoplasie, contraddistinto da un'incapacità a esprimere aggressività. Entrambe possono essere viste come un disturbo della regolazione dell'aggressività, come espressioni della “*disregolazione*”. Questi concetti sono recentemente entrati in forma compiuta nella ricerca sulle emozioni, ma la necessità della presenza di una struttura più evoluta che dia forma, controlli, regoli, ma allo stesso tempo permetta l'espressione di qualcosa che in origine è più grezzo e primitivo, è presente nella teoria psicanalitica sia in Freud ne “L'Io e l'Es” (1922), sia nelle teorie e negli autori più recenti. Questi ultimi (Bion, 1962; Winnicott, 1965; Kohut, 1984; Bowlby, 1988), infatti, hanno sostenuto come la regolazione, il contenimento, di esperienze primitive avviene nel bambino piccolo all'interno del rapporto con l'accudente primario, con la figura di riferimento primaria. Nel pensiero di Bion (1962) vediamo come protoemozioni, sensazioni primitive, percezioni prive di significato (elementi beta), derivanti dall'esperienza,

vengano trasformate attraverso la funzione alfa, rappresentazioni mentali di emozioni, sogni, fantasie, pensieri coscienti (elementi alfa). La funzione alfa della madre viene progressivamente interiorizzata dal bambino che nel tempo diviene capace di usarla autonomamente. Fino a quando non vengono sottoposti all'azione della funzione alfa gli elementi beta "indigeriti" non sono pensabili, ma vengono sentiti come cose, che possono essere evacuate, eliminate in due modi: o nell'azione o nel corpo.

È rintracciabile qui un parallelismo con un costrutto molto importante nella ricerca psicosomatica che è quello dell' "alessitimia", che caratterizza quei soggetti che hanno difficoltà ad identificare e ad esprimere all'esterno le loro emozioni, e che al contempo presentano disturbi somatici o agiti di vario genere (Etchegoyen R.H.,1990). Il modello di Bion ci aiuta anche a capire perché può capitare che un soggetto alessitimico pianga senza conoscerne il motivo. Nel suo modello di elaborazione dell'esperienza il pianto può avere due funzioni: quella di esprimere un'emozione oppure, quella di evacuare una "cosa" (elementi beta) dolorosa di cui non se ne conosce la natura. Quest'ultima è la situazione alessitimica. L'alessitimia, quindi, secondo questo modello, può essere considerata come causata da carenze di contenimento materno o da un'insufficiente

interiorizzazione di questo; ed è sempre più concettualizzata come una misura della capacità di regolazione affettiva. Anche Winnicott (1965) sottolinea l'importanza del contenimento e, con l'introduzione del concetto di "*holding*", afferma come lo sviluppo del bambino non possa essere spiegato senza includervi la madre, che, soprattutto, durante il primo periodo di vita del piccolo, ha la funzione di proteggere, sostenere, assicurare uno spazio di "illusione -disillusione", regolare i suoi rapporti, assicurandogli così uno sviluppo sano e protetto da carenze o interferenze ambientali, da "perturbazioni", o "contatti violenti ". A questo punto possiamo pensare come la presenza di elementi emozionali non "regolati", non "elaborati", possa disturbare il funzionamento corporeo.

La malattia viene ad essere concepita come disturbo della regolazione psicobiologica (Taylor, 1987, 1992). La difficoltà di una regolazione affettiva autonoma, conseguente a relazioni primarie deficitarie avute nella prima infanzia, può portare ad instaurare rapporti di dipendenza più o meno simbiotica con persone reali esterne per la regolazione affettivo-fisiologica. La perdita di tale relazione (ad esempio la morte di un coniuge), in concomitanza con tutta una serie di altri fattori, comporta per

**l'individuo deficit immunitari, aumenti di rischio di mortalità (Hofer, 1996; Taylor, 1992).**

**La maturazione e la regolazione dei sistemi fisiologici del bambino dipendono dalle interazioni sensomotorie e dalla sintonizzazione affettiva con l'accudente primario. Se queste sono carenti la maturazione dei sistemi fisiologici ne risentirà, e la suscettibilità a malattie somatiche sarà maggiore.**

**In condizioni ottimali, le funzioni regolatrici svolte dalle interazioni con le figure di riferimento primarie vengono interiorizzate nel corso dello sviluppo. Naturalmente la necessità di una regolazione esterna non viene mai del tutto eliminata, ma l'interiorizzazione di questa permette una crescente capacità di autoregolarsi ed una progressiva separazione dall'oggetto primario. Quando, invece, le esperienze primarie di sintonizzazione sono costantemente carenti, o i processi regolatori non vengono sufficientemente interiorizzati, il bambino può ammalarsi fisicamente o sviluppare un disturbo del comportamento. In alternativa, come abbiamo già sottolineato, il bambino può garantirsi un equilibrio fisiologico (omeostasi) e un equilibrio mentale mantenendo una dipendenza di tipo simbiotico con l'accudente primario; in età adulta questa dipendenza potrà essere trasferita nella relazione col coniuge o su**

**un'altra persona reale. Qualora questa relazione andrà perduta, l'individuo incapperà, con buona probabilità, in un disturbo mentale o fisico, causato dalla disregolazione. Un esempio di questa situazione viene riportato nella descrizione di un caso clinico trattato da Taylor nel 1993, nel quale l'esordio di una patologia somatica coincideva con la perdita di una relazione molto significativa.**

**Emerge, quindi, come la regolazione psicobiologica (Taylor, 1992), compresa naturalmente quella affettiva, viene considerata come funzione della relazione che si instaura tra l'accudente primario e il bambino; in quest'ottica nulla ha un'origine solamente biologica- genetica, ma qualunque contenuto di origine biologica si esprime nella relazione. Quindi non è la madre che regola i comportamenti, gli affetti, la fisiologia del bambino, ma il vero regolatore è la relazione, cui ciascuno dà il suo contributo, e che progressivamente viene interiorizzata, diventando patrimonio fondamentale per il mantenimento di uno stato di salute e di benessere ottimale per l'individuo.**

**Dopo quello che abbiamo fin qui detto, si capisce bene come non abbia più senso associare il concetto di salute a quello di scarica emotiva, che è sì importante, ma poco efficace se a questa non si affianca un sano ed adeguato processo di riflessione, ed elaborazione su**

**quella che è stata la propria esperienza, senza tralasciare le emozioni connesse a questa e la storia di cui ogni individuo è portatore.**

**La capacità, la possibilità di espressione emotiva sembra risiedere essenzialmente in operazioni di elaborazione-costruzione e comunicazione delle emozioni stesse; queste permettono il formarsi di qualcosa che possiede una sua esistenza a livello mentale, e che, una volta comunicato a sé stesso e agli altri, diventa una forma essenziale di conoscenza su cui fondare la propria vita. Un'emozione può diventare "negativa" non per il suo contenuto, ma quando viene negata, dissociata, non elaborata, confinata in un'area isolata della mente o, al contrario, emerge in forma violenta perché insufficientemente elaborata (Bion, 1962).**

## **Il rapporto mente – corpo nella malattia oncologica**

La diagnosi di cancro costituisce un insulto somatico tanto grave ed intenso da alterare l'immagine e la percezione che ognuno ha di sé e del proprio corpo, da rompere il legame tra l'Io e il corpo (da "Io sono il mio corpo" a "Io non sono più il mio corpo" <<Annunziata M. A., 2003>>), da disarticolare la collusione psicosomatica, l'ancoraggio della psiche al soma, "l'intima connessione", ricreando quella condizione che Winnicott (1974) definisce "agonia primitiva" e che Bion chiama "terrore senza nome". Le agonie primitive catapultano l'individuo nel registro del precoce (Winnicott, 1957) in un ordine somatico, dove fatti passati non possono essere esperiti e quindi non più recuperati, mentalizzati e simbolizzati, ma piuttosto tenuti segregati e congelati. Il precoce è costituito da "dati di fatto", atemporali, irreversibili, non suscettibili d'operazioni psichiche, come il ricordare ed il rimuovere. Alla perdita della collusione psicosomatica, per difendersi dall'orrore delle agonie primitive, il soggetto applica difese estreme come la depersonalizzazione e perde, almeno momentaneamente, la possibilità di usare il registro del profondo. Nel paziente neoplastico osserviamo, quindi,

**sia a causa delle specifiche caratteristiche del cancro, sia a causa della natura reale del trauma che disarticola l'intima connessione psiche-soma, almeno inizialmente, un campo impregnato di stati sovrapponibili alle agonie e alle difese estreme (di ordine dissociativo e scissionale) (La Grutta S. e coll., 2002).**

**Il corpo è lo sfondo di tutti gli eventi psichici (Galimberti U., 1996): noi sentiamo, proviamo, viviamo un'infinità di esperienze in primis col e nel nostro corpo; è il primo veicolo della nostra identità, è il luogo nel quale si sedimentano le prime esperienze da bambini, che se "armoniche", "sicure" e "appaganti" possono permettere una intima connessione col corpo, e un'identificazione perfetta tra questo e l'Io. Nella malattia questo rapporto si rompe e il corpo diventa il nemico, qualcosa che non si riconosce più come proprio, e che porta, di conseguenza, a un non riconoscimento di Sé, a causa delle modificazioni che i trattamenti terapeutici comportano e che, inevitabilmente, si ripercuotono a livello psichico.**

**L'angoscia del malato di tumore ha la funzione di segnalare una perdita, imminente o già avvenuta, della sua integrità esteriore o interiore, fisica o mentale, e di mobilitare quelle funzioni psichiche che possono ripristinare questa integrità. In genere essa ha origini diverse ed è un misto d'angosce nevrotiche precedenti,**

legate alla situazione che egli sta vivendo, e d'angosce di morte; normalmente comprende: l'angoscia d'abbandono, di separazione, d'isolamento sociale, sentimenti d'invidia e di gelosia verso chi è sano, paura di interventi chirurgici mutilanti, paura del dolore, della regressione maligna, di ricadute, di non poter guarire. All'angoscia di morte si accompagna la vergogna per la propria distruzione psicofisica e per il disgusto che essa suscita negli altri, dalla quale il malato spesso può efficacemente difendersi solo interrompendo tutti i rapporti e ritraendosi nel proprio Sé. In un primo tempo il malato di cancro non è del tutto inerme di fronte a questa angoscia: il diniego, la razionalizzazione, l'identificazione con l'aggressore, la proiezione, la difesa controfobica e il capovolgimento, sono le più frequenti possibilità di cui dispone il malato dal punto di vista psicologico per proteggersi o per ripristinare l'integrità del Sé. I pazienti vivono la chiara consapevolezza del lento crescere, dentro di loro, di una proliferazione maligna, dolorosa, aggressiva come una minaccia all'integrità psicofisica (Fornari F., 1985). Tra le reazioni psichiche che vengono mobilitate per difendersi, accanto alle altre forme difensive già precedentemente descritte, c'è anche il desiderio di ritirarsi in se stessi, cioè la cosiddetta regressione a quelle esperienze fondamentali positive, protettive, che rafforzano la percezione di Sé, i cosiddetti "oggetti interni buoni", la cui origine spesso può risalire fino alla prima infanzia.

Tali esperienze possono creare quel senso d'intima stabilità e tranquillità che può dare quiete e sicurezza. In genere ad essa corrisponde un'identificazione coi genitori, vissuti come protettivi e forti, o con valori e fedi acquisite con l'educazione o tramite influenze socioculturali. Il primo modello ontogenetico di una tale acquisizione d'esperienze basilari, positive e protettive, è orale (il seno materno buono) e successivamente si amplia in un generale senso di protezione; perciò la rappresentazione del recupero di simili esperienze nei momenti di bisogno e di crisi, quando non si riesce a ritrovarle e a farle rinascere nella sfera intrapsichica, si collega spesso alla rappresentazione dell'incorporazione orale. Sul piano dei rapporti interpersonali, la garanzia della presenza costante e della disponibilità umana del medico e dell'equipe curante possono contribuire, significativamente, a ridurre le depressioni e a ripristinare, più facilmente, un senso d'integrità psichica. Se l'équipe curante riesce a trasmettere al paziente esperienze interne buone, in un certo senso lo proteggono anche dalla tentazione, comune a molti neoplastici, di ricorrere a cure paramediche, affidandosi a presunti guaritori. Questa tendenza aumenta quando i medici deludono le aspettative dei loro pazienti e questi si sentono soli di fronte all'angoscia di non poter più arrestare il progredire della malattia. Il crescente senso d'impotenza e di disperazione riattiva, progressivamente, modi di pensare e di agire

**“primitivi“ ed arcaici. Quindi, se il sostegno sociale è efficace, si rifletterà sul mondo psichico del malato, rinforzandone la capacità d’adattamento (Zani B., Cicognani E., 2000).**

### **Il corpo che tradisce: come cambia la percezione di Sé durante la malattia**

**Per la maggior parte delle persone le forme tumorali si collegano a rappresentazioni che, da una parte hanno una forma reale, dall’altra una forma metaforica. In termini psicologici la sofferenza causata dal cancro si ripercuote sul senso del Sé del paziente. Con il termine Sé s’intende la rappresentazione interna, in parte conscia, in parte inconscia, che l’individuo si è formato di se stesso nel corso della sua vita. In essa si sedimentano le esperienze sia positive che negative, sia quelle che si sono acquisite sin dalla prima infanzia nel rapporto col proprio corpo, ma anche quelle con le più importanti figure relazionali della propria vita quotidiana (Meerwein F., 1995). Nella cultura occidentale, la condizione dell’uomo consiste essenzialmente nell’essere una presenza attiva e vigile nella sua “verticalità”: il corpo eretto coincide con lo spirito che tende ad un ideale che lo trascende (Galimberti U., 1996). Il corpo poiché inerzia,**

orizzontalità, passività e dipendenza, è quindi culturalmente vissuto come negatività pura. L'inerzia (il giacere, l'essere disteso) è il negativo della vita, o meglio ciò che si sottrae alla vita (Chicaud M. B., 2000). Per la nostra cultura, la malattia è morte perché la vita continua ad essere rappresentata solo dalla salute assoluta; è perdita di sé perché la vita è l'unica identità che ci sia proposta. Affidarsi come malato al tecnico della salute significa perdere ogni controllo sul proprio corpo, se non perdere addirittura ciò che garantiva la sopravvivenza come il lavoro.

L'annuncio della malattia rimette in discussione il proprio Sé o meglio l'immagine del proprio Sé. Fino a quando si percepisce il proprio corpo sano, non minacciato nel suo funzionamento, nella sua attività, nella sua identità, si vive in unità armonica con il soggetto che si sa di essere. Lo specchio sembra essere fedele a quello che si sa di sé, non si è traditi nei gesti, negli sforzi, nelle relazioni di tutti i giorni. Chi sa di essere ammalato smette subito "di sentirsi bene nella propria pelle" (Marasso G., 2002), non si riconosce più quel corpo di cui non si sa più che pensare. La persona con il "corpo malato" non sa più quali siano le sue forze, i suoi diritti, le sue possibilità, interpella i medici, chiede loro le regole giuste da seguire: << *che cosa posso fare?, che cosa posso mangiare?, che cosa posso bere?*>>. Questo tipo di domande rinvia alla prima infanzia in cui

altre persone stabiliscono, consentono o proibiscono ogni atto e hanno influenza su tutto il comportamento del bambino, in particolare di fronte a quello che egli ha di più intimo: la nutrizione, i movimenti, la sessualità, l'azione, la pulizia, .... La paziente sentirà così di perdere la sua autonomia. All'inizio interroga lo specchio: "che aspetto ho?, la mia malattia si vede?, sono cambiata?". Teme il pallore, il rossore, i cerchi intorno agli occhi, spia i capelli bianchi e ogni piccolo cambiamento nel proprio aspetto e nel proprio corpo.

Si voglia o no, in Occidente ognuno di noi è confrontato con le immagini del corpo veicolate dai mass-media, e ciò, inevitabilmente, aggrava la situazione di coloro che sono colpiti, in vario modo, nella loro integrità fisica. In effetti, in molti casi il corpo viene modificato, non solo dalla malattia, ma soprattutto dai trattamenti che svelano quanto si vorrebbe tenere nascosto. La caduta dei capelli, provocata dalla chemioterapia, dice chiaramente il danno di una malattia maligna, una di quella che si raggruppano sotto il nome di cancro. I corticoidi alterano il volto e la linea, danno un ingrassamento sconvolgente in un periodo in cui regna la sottigliezza. Tutti questi sono problemi che colpiscono tutti pazienti, qualunque sia l'età, la condizione di vita, ma si può ben capire come in particolar modo per le donne possa essere più difficile mettersi a confronto con nuove immagini di sé stesse:

alcune cercano di negare le trasformazioni del corpo, si danno molto da fare per trovare una parrucca identica ai capelli e alla pettinatura di prima, dissimulano la loro grassezza o il loro dimagrimento con abiti che nascondono le nuove forme, mentre altre si radono i capelli ancora prima che questi arrivino a cadere a causa dei cicli di chemioterapia. Al contrario altre smettono di vestirsi, trascorrono giornate intere in tuta o con gli indumenti della notte, e ancor meno vedono o ricevono persone, tendono a isolarsi il più possibile, e a limitare le uscite alle sole visite mediche. Tutti questi atteggiamenti rinviano, non solo al trauma dell'annuncio della malattia, ma anche a immagini di sé molto arcaiche, in parte inconsce, nelle quali ognuno cerca di rifugiarsi per potersi adattare alla nuova situazione causata dalla malattia.

L'io corporeo viene in particolare destrutturato dalle pratiche chirurgiche, radioterapiche o chemioterapiche, eseguite per "curare il cancro" (Annunziata M. A., 2003). L'io corporeo è un termine freudiano e deriva dall'autopercezione del Sé. Freud stesso nel suo saggio sul "Feticismo" (1927) scrive testualmente: "*l'io prima di tutto e soprattutto è uno io corporeo...*". Si può ipotizzare, pertanto, che di fronte alle manipolazioni (quali ad esempio un'operazione chirurgica sul nostro corpo), dobbiamo fare i conti, non

solo con l'Io corporeo, ma anche con l'immagine e lo schema corporeo.

L'immagine del corpo è una teoria psicologica che riguarda l'immagine che noi stessi abbiamo del nostro corpo (Annunziata M. A., 2003).

Secondo Freud l'immagine del corpo è anche oggetto della libido narcisistica. In "Al di là del principio di piacere" (1920) propone la teoria dei principi cui si può ricondurre l'intera vita pulsionale; vi sarebbero una pulsione di vita o "eros", che *"cerca di spingere l'una verso l'altra le diverse parti della sostanza vivente e di tenerle unite"*, e una pulsione di morte o "thanatos", *"sorta con il passaggio alla vita della sostanza inorganica"*. Freud ritiene che tutte le pulsioni siano conservatrici e che tendano a ricondurre le cose a uno stato precedente, siano, cioè, regressive: poiché le pulsioni nascono insieme alla vita, scopo della vita stessa sarebbe, dunque, quello di ritornare allo stato inorganico, la morte. Applica, inoltre, la teoria della libido a tutti i componenti dell'organismo vivente; solo un tipo di cellule si astiene da questi processi che sono stati definiti "altruistici", ed è rappresentato dalle cellule germinali, *"...che hanno bisogno di trattenere in sé tutta la forza della libido delle pulsioni di vita per la grandiosa opera costruttrice a cui sono destinate: sono cellule narcisistiche"* e, ancora, *"...le cellule dei*

*neoplasmi maligni, che distruggono l'organismo, possono essere definite narcisistiche” (ibidem).*

Lo schema corporeo secondo Lurija è un costrutto neurologico che riguarda la rappresentazione organica del nostro corpo nel cervello. Per Winnicott (1957) il primo nucleo del Sé è corporeo, fondato sulla sensazione e percezione, sulle funzioni dell'organismo, in questo caso il linguaggio del corpo e il linguaggio del Sé.

Le reazioni alla frustrazione derivata dall'insorgenza della malattia e dall'angoscia che prende il soggetto per questo nuovo elemento che altera il suo equilibrio, strutturano una serie di adattamenti successivi che portano il paziente a raggiungere una percezione globale di sé stesso nella nuova condizione di “malato“. Il soggetto organizza progressivamente i propri vissuti nei confronti di questa nuova realtà frustrante ed ansiogena e da ciò deriva una nuova immagine di sé. Quest'ultima è anche legata alle precedenti esperienze del soggetto e quindi all'organizzazione dinamica delle sue conoscenze, dei suoi sentimenti, verso l'evento morboso ed anche dei suoi vissuti sociali e dei suoi rapporti interpersonali.

Il pensiero ora si piega al bisogno espressivo del corpo, il quale comunica, parla del suo disagio, della sua necessità di essere ascoltato, del suo bisogno di attenzione. Così attraverso il corpo, mezzo espressivo

**che non mente mai, sentiamo, viviamo e vediamo il disagio psichico (depressione), il disagio relazionale (aggressività), il disagio personale (nevrosi), i quali si trasformano in un unico disagio che è quello della malattia, che se saputa ascoltare, diviene il mezzo attraverso cui il corpo comunica la sua esistenza (Galimberti U., 1995).**

**Semplificando e schematizzando si possono riscontrare tre grandi classi di modalità d'organizzazione della percezione del Sé (Annunziata A. M., 2003):**

- la percezione positiva: la situazione in cui la malattia ha una forte rilevanza nel vissuto soggettivo;**
- la percezione negativa: quella in cui la malattia ha una rilevanza debole e difensiva;**
- la percezione di Sé malato che si situa all'interno di una linea immaginativa ed è quella che considera il momento di malattia con un'accettazione di tipo materno.**

**Analizziamole in dettaglio.**

**La percezione positiva di Sé malato:**

**il soggetto è malato, la persona diventa per così dire la sua malattia, il malato si annulla completamente e “vive” solo in funzione della situazione morbosa arrivando al punto di sabotare le cure mediche e ogni**

**forma di riabilitazione, poiché le vive come attacco a sé stesso, oramai identificato con la sua malattia. Il paziente perde ogni interesse per ciò che non riguarda direttamente se stesso e la propria malattia, attuando una vera regressione narcisistica. La sua attenzione è interamente focalizzata sul proprio corpo malato e l'organo colpito è investito di notevoli cariche affettive. Il rapporto col medico e con l'ambiente che lo circondano è ambivalente: infatti, da un lato il medico è il "sacerdote" a servizio della sua malattia e dal quale il paziente dipende quasi passivamente, dall'altro nella misura in cui il medico combatte in direzione della guarigione e dei miglioramenti, il paziente lo "vive" come nemico di quei bisogni di cui ha caricato la situazione morbosa e per la quale egli non può migliorare.**

#### **La percezione negativa del Sé malato:**

**il soggetto ha una malattia e rifiuta di essere considerato tale e soprattutto di considerarsi malato; tutt'al più all'evidenza dei fatti ammette di non star bene; denega fino all'ultimo i sintomi. Spesso l'atteggiamento passivo ha il compito di comunicare un ritiro emotivo del paziente verso il proprio corpo che lo**

ha tradito ammalandosi. Quando non può ignorare egli concede il proprio corpo al medico come se il tutto non lo riguardasse. Il suo corpo è di esclusiva competenza del medico, che ha come preciso dovere di occuparsene con assoluta dedizione, al fine di togliere il soggetto al più presto possibile da quella situazione così fastidiosa e negativa. Il suo rapporto con il medico è perciò simile a quello che si ha con uno “strumento“ di cui si deve far uso per arrivare alla guarigione.

La percezione di Sé malato come momento del Sé sano:

dall'insorgere dei sintomi si mettono in opera le strutture difensive dell'essere umano di fronte all'evento disturbante in maggiore o minore misura, ma ciò che struttura un vissuto d'accettazione verso tale evento è l'elaborazione equilibrata o meno nella personalità del soggetto di tale reazione difensiva e dell'ansia che ne deriva. In tal elaborazione è di grande importanza il rapporto instauratosi con il medico, che permette al soggetto malato di manifestare la propria soggettività e la propria umanità, non degradandolo ad “oggetto di cura“. Al soggetto si dovrebbe permettere di manifestare, fin dall'inizio della sua malattia, tutta la propria ansia, tutte le proprie paure, e le proprie fantasie circa la situazione che sta vivendo, anche se ciò non basta per stroncare alla base il formarsi di quei cicli

di influenzamento reciproco tra malattia, ansia e meccanismi di difesa inadeguati.

L'alterazione della percezione del Sé prodotta dalla malattia tocca anche la sfera della sessualità. Molte pazienti immaginano che un contatto fisico intimo possa trasmettere il cancro e che, quindi, il loro partner preferirebbe evitarlo. Ma a volte qualcuno immagina anche che l'attività sessuale e l'orgasmo possano favorire la proliferazione delle cellule tumorali. Il timore proprio di molte donne di perdere il proprio fascino, per esempio, con "l'ablato mammae", e la tendenza a identificare la perdita del seno con la perdita del partner possono determinare gravi difficoltà nel rapporto di coppia. Queste difficoltà possono presentarsi sotto forma di disfunzioni rappresentate, per lo più, da disturbi dell'erezione, del desiderio sessuale, da una netta diminuzione dell'attività sessuale, soprattutto in presenza di neoplasie a carico della sfera genitale (carcinoma della mammella, dell'utero, dell'ovaio, testicolare) e in entrambi i sessi (Torta R., Mussa A., 1997).

La malattia può attivare sensi di colpa, senso di punizione, di lutto, legati alla sessualità. Gli uomini, per esempio, possono essere influenzati da fantasie, per lo più inconscie, secondo cui la distruzione del seno, provocata dalla malattia, sarebbe la conseguenza dei

**propri impulsi orali aggressivi, in genere profondamente rimossi. Così si sentono in parte responsabili della malattia della loro partner e possono effettivamente essere indotti a lasciarla (Morasso G., 2002). Eventuali difficoltà nella vita sessuale dei malati di cancro si possono manifestare a diversi livelli:**

**a) sul piano dell'autostima,**

**b) sul piano della lesione organica causata dagli effetti collaterali degli interventi chirurgici o da interventi terapeutici nell'ambito degli organi genitali,**

**c) sul piano del dialogo tra il paziente, il suo medico e l'equipè curante (Meerwein F., 1995).**

**Se il medico e l'infermiere si trovano di fronte ad una malata di cancro, ad esempio una donna mastectomizzata o che ha subito un'isterectomia, la cui situazione soggettiva sia caratterizzata da un vissuto di perdita dell'identità sessuale, attraverso il sentimento d'inadeguatezza del vissuto corporeo che la perdita di un attributo sessuale, come la mammella o l'utero (anche come simboli materni), comportano, devono aiutare la paziente ad adattarsi alla nuova situazione. Ciò comporterà per la paziente, da un punto di vista emotivo, qualcosa di simile all'elaborazione del lutto per la perdita di una persona cara, allorché si supererà il dolore solo se l'affetto per**

il “morto“ trova un oggetto sostitutivo soddisfacente. In modo analogo l’investimento emotivo, cioè il senso profondo che per lei rappresentava avere un seno integro, deve spostarsi, nel caso della donna mastectomizzata, ad un altro oggetto del proprio corpo o esterno ad esso (Meerwein F., 1995). Per far ciò la donna metterà in atto, ancora una volta, dei meccanismi di difesa specifici rispetto alla sua personalità globale. Ad esempio, potrà “sublimare“ il bisogno di essere ammirata, di cui, inevitabilmente, il seno costituiva un fattore importante, trasferendolo su un piano intellettuale o impegnandosi maggiormente nei rapporti interpersonali; oppure ancora cadrà in qualche forma di depressione, o cercherà di negare la mutilazione attraverso la ricostruzione plastica del seno, senza che vi sia stato un adeguato processo di elaborazione dell’evento malattia.

La malattia, oltre la percezione del Sé nel malato, modificherà anche il modo in cui questo vive il suo rapporto con lo spazio e con il tempo. Il malato ha bisogno di un tempo di ripiegamento, di conforto, che è rappresentato dai luoghi in cui può rannicchiarsi, in cui può sentirsi protetto, in cui può sentirsi a suo agio, piangere, dormire... (Chicaud M.B., 2000). Si sente privato del suo quotidiano e inizia a sentirsi estraneo a quelli che sono stati i suoi territori abituali, che adesso gli sembrano stancanti, ma anche ostili e minacciosi.

Succede che il malato faccia fatica a muoversi, a spostarsi, oppure si sente troppo mal ridotto per lasciare il letto.

La paziente ha la sensazione che gli venga tolto il tempo, che non abbia più un futuro e che il presente, per lui, non significhi più nulla. Tutto sembra diverso e si è posti a confronto con un limite; ha la sensazione che il mondo di prima, quello che si riteneva essere il “proprio” mondo, sia appena andato in frantumi. Altre persone, che non conosce, o che conosce poco, gestiranno il suo tempo, i suoi spazi, avranno diritti spesso dolorosi sul proprio corpo, toccheranno e invaderanno la sua intimità, il suo pudore. Il tempo dei malati è quasi interamente occupato da un protocollo di cure: essi hanno la sensazione che tutta la loro vita sia presa dall’assunzione dei farmaci, dall’espletamento delle terapie, dall’attesa nelle sale d’aspetto. Lo spazio dell’intimità cessa di essere tale, i familiari, i medici, invadono questo “luogo” sino ad allora rimasto riservato. Il corpo viene mostrato, esibito, gli viene negato il suo diritto alla sessualità e all’intimità; per i medici il corpo è, paradossalmente, un corpo frazionato, devitalizzato, un oggetto. Così il linguaggio tra l’Io e il corpo, i quali normalmente non hanno bisogno di comunicare per trasmettersi dei messaggi, a causa della presenza della malattia che interrompe questo flusso metacomunicativo, non possono più

comunicare perché l'attenzione e l'interesse dell'individuo non è più centrata su un progetto inerente la vita, ma su questo corpo che adesso appare estraneo e ostile (Annunziata A. M., 2003). Nella percezione del vissuto personale è sempre il corpo che paga, che viene punito. Tutto ciò diviene inesprimibile, poiché la parola non riesce a dare senso a ciò che viene sperimentato, a dare forma ed espressività alle emozioni, troppo forti, con le quali ci si trova a dover fare i conti. Il corpo è ora portatore di un messaggio e di una condizione che la mente non conosce, primo perché questa verità è troppo pesante da sopportare e da accettare, e poi perché la nuova condizione che l'individuo è costretto a vivere è per lui sconosciuta e carica di ulteriori nuove "verità". Verità che provengono, soprattutto, dai nuovi spazi con cui il soggetto è costretto a familiarizzare, primo fra tutti l'ospedale. Alcuni luoghi sembrerebbero temibili, da incubo, mondi malefici: così sono vissuti i posti della TAC (Tomografia assiale computerizzata), della RMN (Risonanza magnetica nucleare), che i pazienti descrivono come tunnel, abitacoli di navicelle spaziali, stanze di tortura, anche se gli esami risultano indolore.

Il tempo è ridotto brutalmente a un presente ripetitivo: nella propria temporalità si inserisce il dolore, che sconvolge e invade il proprio corpo con i suoi

ritmi, mutilando le prospettive di ognuno, e operando un capovolgimento dell'esistenza, tale da obbligare l'individuo a tralasciare le *"...cose del mondo e a concentrarsi solo sul proprio corpo.....che nel dolore riconosco come qualcosa di estraneo"* (Galimberti, "Il corpo", 1996). Quando la speranza di un "dopo" si affievolisce, il tempo si destruttura, il domani diventa come ieri, mentre la vita assapora la monotonia della ripetizione, di un presente che ricomincia sempre da capo, come il suono monotono e ripetitivo delle lancette di un orologio che, anche se girano, segnano sempre lo stesso tempo, un tempo che non passa mai. A volte però l'incantesimo si rompe e quello stesso suono diventa il suono dell'esaurimento delle forze vitali, goccia a goccia, secondo per secondo (Chicaud M. B., 2000).

Così il malato, abbandonato dalla vita, "tradito" dall'impotenza della medicina, oppresso dall'assenza di progetti, deve oramai prendere un'altra vita, deve tentare di capire il senso di questa vita, accettare di fingere di andare avanti, una volta che la causa della sua situazione è ben nota.

Questo tempo di "pre-morte" diventerà allora un altro tempo, quello di un nuovo lavoro psichico: soltanto le sue capacità di affrontarlo e la vicinanza dei familiari potranno permettergli di concepire

questo tempo sospeso, non più nel vuoto e nel non essere, ma nella ricerca sempre più risoluta di un nuovo spazio ancora da vivere e di un nuovo tempo da pensare e da progettare.

## TERZO CAPITOLO

**La diagnosi di cancro e il “dilemma della comunicazione”.**

**Il medico e il paziente, sin dal primo sguardo, si presentano l’un l’altro carichi di una memoria collettiva portavoce di una medicina onnipotente, contrapposta alla vulnerabilità dell’uomo.**

**Molti malati hanno un medico curante che stimano e apprezzano; ora questo medico, se individua o sospetta una malattia grave, invia il suo paziente a un’equipe ospedaliera. *“Lui ha dato un nome, ha scritto una lettera, ma l’invio può essere inteso come una confessione d’incompetenza”* (Chicaud M.B., 2000).**

Nella maggior parte dei casi i pazienti sono disposti a fidarsi di quelli circondati da un'aureola di prestigio per un "sapere" maggiore sulla loro malattia. L'incontro con uno specialista determina perplessità e angoscia: nello studio si presentano spaventati e tesi, e in questo scenario l'accoglienza che il medico riserverà loro sarà determinante. È chiaro che la prima difficoltà sta nel riferire la diagnosi, momento in cui può rivelarsi fondamentale un aiuto psicologico. Il medico, il familiare, il volontario, lo psicologo, che devono relazionarsi col malato oncologico, non possono non fare i conti con quanto sta dietro questa patologia in termini di affetti, di simbologia, di vita e di morte, di vincoli e possibilità terapeutiche. In questo modo si potrà creare una relazione che non deluderà il paziente, anche quando ciò che si comunica è qualcosa di terribile come una diagnosi di cancro. In questo contesto diviene fondamentale il contenuto della comunicazione. Anche se il paziente sospettava qualcosa, la verbalizzazione, brutale o meno, concretizza quello che succede, rende oggettivo qualcosa di assolutamente insospettato, qualcosa in cui non si vorrebbe credere. Infatti, nonostante i progressi nel trattamento di alcuni tipi di tumore maligni, sono ancora gli insuccessi che colpiscono maggiormente l'attenzione dell'opinione pubblica. Il malato di cancro, quindi, vive l'angoscia di una diagnosi che evoca fantasmi di morte, dolore, d'interventi

demolitivi, una “sentenza“, anche se ognuno di loro vivrà questa esperienza in modo del tutto diverso. In realtà, c'è la tendenza da parte di tutti, sia dei medici che dei familiari, a tenere nascoste la malattia. Il dilemma della comunicazione inizia dal medico, che è invaso da un'angoscia depressiva, e affida all'adulto della famiglia il peso della diagnosi e la decisione del se parlarne o no con i malati. Solitamente i familiari pensano che sia utile non nominare la malattia, anche se poi il loro comportamento, in piena contraddizione con il “non detto”, mostra esplicitamente ciò che si vorrebbe nascondere. Tutto parla, tutto appare evidente: lo dice il corpo, che invia sensazioni sconosciute, lo dicono i medici con le loro espressioni e con le loro risposte evasive, lo dice il volto dei familiari il cui silenzio grida più forte di ogni parola non detta. Infatti il cancro nel suo manifestarsi, per quanto possa rimanere silenzioso e discreto per molto tempo, pretende attenzione, grida e impone la sua presenza, ed è necessario un certo impegno per evitare di incontrare il suo sguardo (Morelli G., 1999). Dunque si “sa“. Ma quel che conta, in fondo, non è che il malato sappia o no, quanto che nasconda di sapere a sé stesso e agli altri. Questa situazione è stata descritta con grande umanità da Tolstoj nel romanzo “*La morte di Ivan Il' ic*“ (1986): in questo racconto un personaggio apparentemente mediocre scopre, dopo un banale incidente, di essere affetto da una malattia mortale.

*“Il maggior tormento di Ivan Il’ic era la menzogna che lo vedeva malato ma non moribondo. Questa menzogna lo tormentava, lo tormentava il fatto che non volessero riconoscere, che tutti lo sapevano, anche lui lo sapeva, e che volessero invece mentire sul suo terribile stato, e per di più costringessero anche lui a prendere parte a quella terribile menzogna (...) parecchie volte quando venivano a raccontargli le loro storielle, era stato un pelo dal gridargli: smettetela di mentire... Ma non aveva mai avuto il coraggio di farlo“ (Tolstoj, 1996, pp. 76-78).*

Ma qual’è il coraggio di cui avrebbe bisogno il malato? Cosa lo porta a mentire a se stesso, a non credere a quello che vede, sente, pensa? A partecipare alla menzogna collettiva, alla creazione e al mantenimento del segreto? Forse una risposta plausibile, si potrebbe trovare nel fatto che nella nostra epoca la morte e il morire hanno preso il posto del vecchio tabù del sesso, e al suo posto *“la morte è divenuta innominabile”* (Morelli G., 1999).

In realtà è molto importante che fin dall’inizio s’instauri una relazione di fiducia tra il paziente e il suo medico, che informandolo correttamente sul suo stato di salute e sul decorso della malattia, otterrà la piena collaborazione del suo paziente. Inoltre è necessario seguire un approccio personalizzato che prenda in

**considerazione lo stato d'animo del paziente e le possibili reazioni dettate dalla sua storia, dalle sue condizioni, e dal suo modo d'intendere la malattia, la sofferenza e la morte. Nel colloquio con il paziente volto alla comunicazione della diagnosi, è necessario rispettare sia criteri di forma che di contenuto (Maguire e Faulkner, 1988, in Torta R e Mussa A, 1997). È infatti fondamentale sul piano formale:**

- **cercare di conoscere il paziente prima della comunicazione diagnostica, per valutarne globalmente il livello cognitivo, le caratteristiche psichiche, il contesto socio-esistenziale in cui è calato, ecc...;**
- **condurre un discorso quanto più possibile semplice e comprensibile, evitando termini troppo tecnici;**
- **rispettare i tempi del paziente, lasciando spazio alle sue domande e sfruttandole per capire quanto egli abbia compreso, quanto voglia essere ulteriormente informato e che atteggiamento stia assumendo verso la comunicazione.**

**Sul versante dei contenuti è indispensabile:**

- **non raccontare falsità ma, al limite solo verità parziali, per non compromettere**

**quella che dovrà essere un'alleanza terapeutica fondata sulla fiducia;**

- rispettare un meccanismo di negazione quando questo rappresenti, in un certo momento, l'unica difesa posta in atto dall'individuo. A fronte di un rifiuto a comprendere da parte del paziente, dopo una corretta informazione, è necessario dar tempo all'individuo di rielaborare, se possibile, il dato di realtà.**

**Da una buona capacità di comunicare scaturisce un miglioramento sul piano relazionale, con la conseguente diminuzione dello stato d'ansia, e si può così instaurare una "relazione d'aiuto", che permette di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso di graduale consapevolezza della propria condizione, in un rapporto di fiducia coi sanitari. Tutto ciò aumenta la possibilità di accettare la malattia e di migliorare quindi la qualità di vita del paziente. Va inoltre ricordato che ci sono molti modi di dire la verità. Spesso noi facciamo distinzione tra l'uso della parola "informazione" e quello della parola "comunicazione": quest'ultima esprime meglio ciò che può avvenire quando due persone s'incontrano. La comunicazione non è solo verbale, ma molto più complessa: passa,**

infatti, attraverso innumerevoli canali non verbali, quali la postura, l'atteggiamento, la mimica, lo sguardo, il tono della voce, l'evitare lo sguardo diretto, ecc... Sono messaggi di gran lunga più espliciti di qualsiasi parola pronunciata apertamente. È necessario che il medico realizzi un rapporto non paritetico col paziente, non solo per il diverso livello di conoscenza tecnica, ma perché lo sbilanciamento del rapporto è influenzato dal fatto che il medico, avulso dal condizionamento affettivo, è, o dovrebbe essere, obiettivo nella valutazione del da farsi, mentre il paziente non può esserlo mai. Occorre che vi sia franchezza nel medico nel presentare al paziente il "suo dramma", adeguando il suo linguaggio e creando una vicinanza che faccia sentire al paziente e alla sua famiglia di non essere soli.

*“La comunicazione più importante avviene forse quando (al paziente) gli facciamo sapere di essere disposti e pronti a condividere le sue preoccupazioni”*  
(Kubler – Ross ,1969 ,*La morte e il morire*).

Il parlare della malattia può comportare domande a cui è difficile rispondere, sia in termini umani sia in termini medici. Ma al contempo ostinarsi a un silenzio inutile porta al proliferare dei miti sul cancro, creando così dei pregiudizi difficilmente estirpabili. Che cosa rappresenta dunque l'annuncio di una malattia grave?

**E' vero che viene percepito, inteso immediatamente come uno annuncio di morte, ma in realtà si tratta piuttosto dell'annuncio di un totale sconvolgimento della vita e dell'essere: chi lo riceve viene rimesso completamente in discussione in tutto quello che fino a quel momento costituiva la trama fondamentale della sua vita. Egli percepisce i suoi cari, i suoi amici come esseri più lontani e in ogni caso impotenti; nonostante tutto il suo coraggio e la sua lucidità, si percepisce come un condannato da una giustizia, o piuttosto da un'ingiustizia, che lo sovrasta e che lo costringe a seguire il suo inesorabile percorso.**

**Lo shock dell'annuncio è anzitutto uno shock esistenziale: il paziente cercherà il prima possibile di riafferrare la sua vita per tentare di sapere il perché, un perché che non ha risposte convincenti, ma solo molto parziali. Una volta diagnosticata la malattia, i timori più frequenti nei pazienti sono legati al fatto che la malattia prospettata è il cancro, patologia che si crede conduca sempre e comunque alla morte, e che porti il paziente a provare dolori insopportabili. Sono le paure legate al "limite" (della vita, dell'autosufficienza), alla possibilità di perdere la propria integrità psico-corporea, di essere respinti, rifiutati o di perdere il proprio ruolo in famiglia e di essere considerati solo un peso; o paure riguardanti problemi più concreti,**

concernenti il lavoro, il distacco dalla famiglia o il ricovero in ospedale .

Negli ultimi venti anni vari ricercatori hanno individuato i più comuni atteggiamenti mentali nei confronti della diagnosi di cancro, da cui derivano i diversi modi di affrontare la malattia: il fatalismo, lo spirito combattivo, la disperazione e l'abbandono, la preoccupazione ansiosa (Mainolfi, 2001).

- Il fatalismo è caratterizzato da una “accettazione statica“ della malattia, sopportata come parte del proprio destino, con poche manifestazioni d'angoscia e un sostanziale mantenimento della propria vita precedente (... *“è inutile disperarsi tanto non c'è più niente da fare”* ...).

- Lo spirito combattivo è costituito da una risposta attiva alla diagnosi di cancro, considerata come una sfida da raccogliere e alla quale non si può cedere senza combattere per mantenersi in vita; è la condizione mentale ottimale per una migliore prognosi generale.

- La preoccupazione ansiosa è rappresentata da uno stato continuo di tensione, accompagnato da una sensazione di peggioramento o recidiva di fronte ad ogni piccolo sintomo, anche indipendente dalla neoplasia.

- Infine i pazienti con attitudine del tipo disperazione-abbandono di fronte al cancro si lasciano andare, reagiscono come se non ci fosse alcuna speranza, risorsa e possibilità di aiuto. Si sentono come sopraffatti dalla diagnosi, manifestano comportamenti di passività, abbandonano interessi, lavoro e relazioni sociali, anche quando la malattia consentirebbe loro una vita sufficientemente normale.

Se non si può dire con certezza che i cancerosi abbiano in comune tra loro una struttura di personalità, si possono ritrovare nei vari pazienti somiglianze ed analogie dei vissuti soggettivi. Un vissuto è qualcosa di simile ad un'emozione, in cui il corpo non è uno strumento d'espressione, ma esprime sé stesso (Galimberti U., 1996). In generale, il malato di cancro può presentare, fondamentalmente nella quasi totalità dei casi, con diverse sfumature e varia composizione secondo il tipo di cancro e della sua personalità specifica:

a) un vissuto di estraneità dal proprio corpo, essendo stato invaso da qualcosa che non si integra coi suoi meccanismi di funzionamento, ma che anzi tende a servirsene per il suo accrescimento e la sua diffusione incontrollata;

**b) un vissuto di misteriosa minacciosità, di deformità, di inabilità, di dipendenza, di bruttezza, di sofferenza;**

**c) un vissuto di perdita di attributi;**

**d) un vissuto di morte imminente ed inevitabile, che porta con sé la percezione dell'inutilità del dolore fisico e mentale;**

**e) un vissuto d'incredulità, d'insensatezza (... non potendo rispondere alla domanda "perché proprio a me"), di perdita dell'identità (... non sono più io ...) e della speranza (...non c'è più niente da fare ...).**

**I fattori in grado di attenuare l'impatto con la diagnosi sono il grado di supporto emotivo percepito e per alcuni la fede religiosa.**

**Il supporto sociale è caratterizzato dalla rete di sostegno sociale percepito e alimentato dai parenti, dagli amici e dai curanti che orbitano attorno al paziente (Zani, 2000). L'elemento centrale è il sentire che si è importanti per qualcuno, anche per una sola persona, e che si appartiene a un gruppo (la famiglia) su cui poter fare affidamento. Altri fattori riguardano caratteristiche più squisitamente psicologiche del paziente: l'adattamento mostrato di fronte a malattie precedenti, le risorse psichiche, come la capacità d'introspezione e di espressione dei propri pensieri e**

sentimenti, l'assenza di disturbi mentali, lo stile di pensiero e di comportamento nel far fronte a certi eventi stressanti della vita, e in generale tutte le caratteristiche di personalità.

Infine il ruolo della fede religiosa nell'aiutare gli essere umani nell'affrontare eventi gravi della vita, costituisce una costante nella storia dell'uomo, ed è stato confermato da alcuni studi (Chicaud, 2000) che hanno dimostrato una correlazione significativa tra presenza di convinzioni religiose, maggiore livello di benessere soggettivo e minore percezione del dolore nei pazienti neoplastici. Un legame spontaneo del paziente col sacerdote può giocare un ruolo molto importante nella sua "convivenza" con la malattia: ciò non vuol dire intrusioni ingiustificabili nella vita del paziente, ma con tatto e al tempo giusto, la visita di un sacerdote potrebbe rappresentare un aiuto importante. Il sacerdote, in quanto "tramite" tra uomo e Dio, può svolgere un importante funzione di facilitazione nei processi elaborativi relativi al perché della sofferenza o della morte.

**Dal corpo tagliato al corpo "risignificato".**

La malattia oncologica, in quanto frattura dell'equilibrio psico-corporeo soggettivo, irrompe nella vita delle persone, perturbando profondamente la percezione di benessere e di salute dell'individuo. Malattia, cancro, intervento chirurgico sono alcuni dei termini con cui il paziente neoplastico deve confrontarsi, e che il solo nominare evoca in maniera profonda fantasmi mortiferi e forze distruttive, che si presentificano come minaccia psicofisica da allontanare repentinamente.

La sofferenza fisica e l'incertezza per il futuro impongono al soggetto un percorso di gestione ed elaborazione della precarietà e vulnerabilità, di cui la patologia oncologica è portatrice. Da un punto di vista psicodinamico, il soggetto vive sul proprio corpo, inteso come "mediatore di perturbazioni" (Anzieu, 1985), l'ineluttabile presenza di una "ferita narcisistica" che spezza l'illusione di impenetrabilità e solidità dei confini corporei, costringendolo ad una risignificazione della propria identità psico-corporea e ad una ridefinizione dei propri vincoli. La necessità di ridefinire la propria immagine e la propria identità psico-corporea è ancora più forte ed evidente nelle donne con carcinoma mammario, che, attualmente, è la forma tumorale più diffusa tra la popolazione

femminile, tanto da essere considerata come la malattia simbolo della donna moderna (Annunziata, 2003).

Il seno non è una parte qualsiasi del corpo, ma incarna una delle più belle espressioni della femminilità. Al seno si lega l'idea della vita, del calore, dell'abbraccio materno, e quando il tumore sceglie questo bersaglio, la donna si sente doppiamente minacciata nel suo benessere psichico e fisico, ma anche nella sua femminilità. E alla paura della malattia si associa anche quella di perdere la bellezza e l'integrità delle proprie forme.

La terapia del cancro alla mammella è prevalentemente chirurgica, ed oggi, rispetto al passato, è anche prevalentemente conservativa, cioè consente di rimuovere il tessuto tumorale senza asportare l'intero seno. Tuttavia, la modificazione della forma e del volume della mammella, o la sua mancanza nei casi di intervento radicale, e le possibili complicazioni al circolo linfatico del braccio interessato con conseguente rigonfiamento dello stesso (oggi sempre meno frequenti grazie al miglioramento delle tecniche chirurgiche), pongono molto spesso il problema di adattarsi ad un cambiamento non secondario dello schema corporeo. Si tratta, comunque, di un cambiamento che non implica, se non raramente e in modo limitato, importanti alterazioni funzionali.

La menomazione creata da una mastectomia <sup>1</sup> e la conseguente presenza di una lunga cicatrice obliqua od orizzontale provoca, nella maggiorparte delle pazienti, violenti stress emozionali con gravi disturbi psichici, tali da spingerle spesso a richiedere un intervento ricostruttivo. La chirurgia senologica altera, più che altro, l'immagine fisica e psichica del corpo, incidendo su aspetti che hanno una profonda valenza narcisistica. Come possa o debba essere il proprio corpo per sentirlo buono, desiderabile, spendibile nelle relazioni sociali e in quelle amoroze, tutto ciò dipende da questioni intime, che affondano le radici nelle relazioni originarie con la madre e nelle successive rielaborazioni dell'identità che l'adolescenza produce. Il rifiuto del corpo modificato, che si traduce spesso nell'incapacità di guardarsi e di toccarsi nella zona operata, ha a che fare con il trauma della separazione da una parte di Sé densa di investimenti affettivi di varia natura. Questo stesso rifiuto ha, inoltre, dei collegamenti con l'impossibilità di ricostruire una buona immagine della propria identità corporea perché mutilata, incompleta e deformata. La necessità di compiere alcuni processi di ridefinizione dello schema corporeo si intreccia ad altri aspetti critici dell'esperienza che la paziente sta vivendo, come ad esempio l'eventuale crisi che può nascere all'interno della coppia (Torta, 1997). La vergogna, il sentimento di

---

<sup>1</sup> Tecnica chirurgica che consiste nell'asportazione della mammella o di una consistente porzione di tessuto mammario.

inadeguatezza, la cattiva immagine della propria femminilità, che derivano dalla mutilazione o dall'alterazione del seno, sono avvertite come ostacoli reali alla ripresa di una vita "normale". Uno studio (Marasso, 2001), condotto su un gruppo di donne, ha evidenziato come queste lamentavano un senso di vuoto, come *"di una canna vuota"*, una difficoltà nella ripresa della vita, in vista di un corpo cambiato, e il "terrore" di essere finite non solo come madri, ma anche depotenziate nella propria femminilità e sessualità. Cioè queste donne si sentivano impedito nella ricerca effettiva di altri partner, ma soprattutto inibite rispetto alla stessa possibilità che ciò potesse effettivamente avvenire. Tuttavia è bene ricordare che la cattiva immagine di Sé, derivante dall'intervento chirurgico, non dipende necessariamente da giudizi negativi espressi da altri. Accade spesso, per esempio, che il cambiamento del corpo venga accettato senza alcun problema da parte del partner, ma non dalla donna: in questi casi non si può fare riferimento a un problema di origine relazionale, in quanto la mancanza di una mammella o la sua riduzione di volume non portano a una diminuzione del desiderio sessuale e dell'affetto all'interno della coppia. Dobbiamo allora pensare che la causa di ciò sia da ricercare in quelle che sono state le relazioni precoci delle pazienti: psicodinamicamente, è come se la donna si confrontasse con oggetti interni, che "non la riconoscono più", perché incompleta,

diversa da un'immagine ideale precedente. Questa sofferenza sembra ricollegarsi all'immagine introiettata di una madre narcisistica, anaffettiva ed espulsiva, incapace di riparare la perdita subita e di ricostruire l'integrità "buona" del corpo. In questa condizione, l'elaborazione del cambiamento e il superamento della tristezza per la perdita parziale di Sé sono fortemente ostacolati da emozioni di carattere persecutorio. I sentimenti di colpa e di mortificazione, connessi all'impossibilità di "perdonare" un corpo imperfetto, completano il quadro depressivo (Bellini, 1995).

Il ricorso alla chirurgia ricostruttiva può allora servire come mezzo per avviare processi di accettazione di Sé altrimenti impossibili. La ricostruzione della mammella, eseguita contestualmente o dopo l'asportazione, è uno degli interventi che meglio illustra il nuovo "modus operandi" che anima l'oncologia moderna: liberare la persona malata dalla neoplasia e conservarle, per il futuro, una buona qualità della vita (Casciarelli, 1999). I chirurghi del passato erano contrari ad intraprendere una ricostruzione dopo interventi oncologici: le ricostruzioni, infatti, erano tecnicamente limitate dalla necessità di portare tessuto cutaneo e sottocutaneo nella zona mammaria. Negli ultimi anni, invece, l'introduzione delle protesi in silicone e l'evoluzione delle tecniche chirurgiche, sia in

ambito estetico che in quello oncologico, hanno consentito di raggiungere risultati estetici molto elevati, anche se la mammella ricostruita avrà, comunque, una sensibilità, una consistenza ed una mobilità diversa da quella residua. La ricostruzione della mammella, tuttavia, se non è accompagnata da un'integrazione reale del seno ricostruito nell'identità corporea, produrrà essa stessa una situazione di ansia ricollegabile all'idea di una sorta di "falso Sé", posticcio, illusorio e ingannevole (Winnicott, 1965).

La figura mitica dell'*Amazzone*, intesa come donna che accetta una parziale mutilazione del corpo femminile-materno per poter combattere e garantirsi così la sopravvivenza, appare come il simbolo delle donne che, indipendentemente dall'aver fatto ricostruire la mammella, hanno accettato la loro nuova condizione, il cambiamento del corpo come esito di una crisi in cui hanno combattuto per vivere, e dalla quale sono riemerse ritrovando una loro identità.

## **L'approccio psicoterapeutico integrato nella malattia oncologica**

Nel corso di patologie psichiatriche associate a malattie organiche, la diagnosi corretta e una successiva presa in carico terapeutica del disturbo psichico (e in particolare della depressione) sono indispensabili alla luce delle importanti riverberazioni del problema emozionale sulla durata e sul ripetersi dei ricoveri, sulla *compliance* verso i trattamenti, sulla capacità di *coping*, sulla qualità della vita e sul decorso della malattia. Soprattutto per quanto riguarda la depressione, numerosi studi hanno consentito di rilevare come trattamenti adeguati, integrati, sia di tipo farmacologico che psicoterapeutico, possano determinare un incremento degli standard di sopravvivenza nei soggetti affetti da cancro (Fawzy e coll., 1995).

Non è più possibile accettare una dicotomia tra mente e corpo, tra psiche e soma, tra terapie

**psicologiche e terapie farmacologiche, ed è oramai noto come esista una stretta correlazione tra eventi mentali e modificazioni biologiche nello sviluppo e nel decorso di varie patologie fisiche. Una serie di studi (Biondi M. e coll., 1992) hanno sottolineato come elementi di tipo psicologico, quali eventi di perdita o stressor protratti nel tempo, possono indurre modificazioni neurotrasmettitoriali; mentre le psicoterapie possono produrre variazioni neuroendocrinologiche e immunitarie. D'altronde le terapie sono strumenti finalizzati a migliorare la salute fisica e psichica di un individuo: una mentalità che protenda per una forma di terapia piuttosto che per un'altra, dimostra una limitazione operativa che non sa cogliere, e quindi applicare, i vantaggi di un'integrazione terapeutica che può risultare maggiormente efficace di un approccio forzatamente unidirezionale .**

**I diversi modelli di intervento condividono alcuni obiettivi comuni:**

**- chiarire al paziente l'influenza e il peso delle determinanti psicologiche nell'ambito delle malattie "fisiche";**

**- contenere lo stato di sofferenza incoraggiando i pazienti a verbalizzare pensieri e sentimenti negativi;**

**- aiutare il paziente a sviluppare atteggiamenti e comportamenti più adattivi, restituendogli il senso di controllo personale sulla propria vita e cercando quanto più possibile di integrare la malattia nella propria esperienza di vita, e trovare un senso per quanto è successo;**

**- favorire le comunicazioni tra il paziente, lo staff medico, la famiglia, favorendo la soluzione di problemi pratici connessi con il trattamento della malattia;**

**- restituire, al paziente e alla famiglia, il senso del futuro;**

**- utilizzare tecniche di rilassamento durante le terapie (indagini diagnostiche, chemioterapia, radioterapia, controlli ambulatoriali, ecc...).**

**Gli interventi psicosociali disponibili per i pazienti oncologici sono molteplici, e sono tutti in grado di alleviare globalmente il distress emozionale dei pazienti, ma ciascuno di essi comporta vantaggi peculiari; Fawzy (1995) in un suo lavoro ha individuato quattro modalità fondamentali di approccio al paziente neoplastico.**

**Gli interventi educativi consistono essenzialmente nel fornire informazioni sulla malattia e sul trattamento, in particolare sulle fasi in cui il paziente è coinvolti in quel particolare momento. Lo scopo è quello**

di ridurre il senso di inermità (*helplessness*) e di inadeguatezza dovuti alla scarsità o alla vaghezza delle informazioni sulla patologia, e di sostituirlo, per quanto possibile, con un senso di padronanza e di competenza.

Gli interventi di tipo cognitivo-comportamentale usano trattamenti specifici per combattere disturbi quali l'anoressia, l'insonnia, la nausea, il vomito o il dolore direttamente o indirettamente connessi alla forma neoplastica o agli effetti collaterali della cura (chemioterapiche o radioterapiche). Queste si propongono di analizzare e modificare schemi, risposte disadattive o patologiche e di attivare una forma di pensiero che porti ad un'integrazione dell'esperienza negli schemi cognitivi del soggetto. Tra questo tipo d'interventi, le tecniche a mediazione corporea, meglio conosciute con il termine di "tecniche di rilassamento", occupano un posto rilevante perché utilizzano un linguaggio terapeutico-riabilitativo di tipo somatico, e attraverso questo determinano nel paziente un effetto terapeutico globale, cioè non solo a livello somatico, ma anche psichico. Infatti, consentono un recupero della propria integrità corporea attraverso l'esplorazione dell'inconscio e la sua successiva reintegrazione nella vita del soggetto: il corpo è il luogo dove tutto questo può accadere. Diversi studi (Gruber e coll., 1993) condotti con queste tecniche hanno, inoltre, dimostrato di riuscire a migliorare l'attività delle cellule naturali

killer e la reattività linfocitaria; e parallelamente, sul piano psicologico si può rilevare un aumento della combattività e del senso di padronanza interno, soprattutto nella fase della riabilitazione e del reinserimento sociale (Solano L., 2001).

Le principali tecniche a mediazione corporea sono: le tecniche autogene, le tecniche ipnotiche, le visualizzazioni guidate, il biofeedback e il rilassamento progressivo, le tecniche di movimento spontaneo e di libera espressione del Sé. Possono essere praticate sia individualmente sia in gruppo; quest'ultima modalità viene particolarmente raccomandata, perché usa l'effetto sommatorio dei risultati individuali a livello psicofisico con tutti gli effetti socializzanti e di supporto emozionale dovuti all'apprendimento in gruppo. Queste tecniche vengono principalmente usate nella gestione di problemi specifici, da sole o insieme ad altre terapie; ne è stato attestato l'uso nel controllo del dolore, della nausea e del vomito anticipatori indotti dalle chemioterapie, nei disordini alimentari e nei disturbi del sonno e, in generale, per aumentare il senso di autocontrollo e di benessere. Sono, inoltre, particolarmente indicate nei casi di mutilazione corporea. Permettono, quindi, ai pazienti di entrare nuovamente in contatto con le parti consce ed inconscie della propria personalità e di riconquistare un nuovo valore del proprio corpo, ascoltandolo e riscoprendolo.

La psicoterapia individuale consta di trattamenti abbastanza brevi, per cui vengono usati termini quali “*counseling*“ o “psicoterapia breve“; sul piano psicologico consente di ottenere un minore disagio psicologico, un minore isolamento sociale, un’affettività negativa meno marcata, una migliore qualità della vita, un miglioramento nello stile di *coping* e un riassetto dei meccanismi di difesa verso la malattia (Biondi M., 1992). Gli interventi in genere si articolano intorno alle fasi più delicate e critiche della convivenza con la malattia: al momento della diagnosi, dopo un intervento chirurgico, in corso di trattamenti radioterapici e/o chemioterapici, in fase terminale. In particolar modo in quest’ultima fase della malattia, quando il paziente non ha più energie per lottare, il terapeuta ha il compito di focalizzarsi sulla possibilità di alleviare la sofferenza del malato, accompagnandolo verso un trapasso sereno, permettendogli di elaborare i vari lutti e le diverse separazioni che il paziente affronta anticipatamente nel profondo del suo animo, essendo il più delle volte completamente consapevole della propria condizione (Invernizzi G. e coll., 1996; Calafiore A., 2003).

Altra modalità d’intervento, della quale oggi non è più possibile ignorare l’utilità, è la psicoterapia di gruppo, che va considerata necessaria accanto agli interventi di natura più prettamente medica,

all'interno di un'ottica che concepisca la persona come intera e non parcellizzata. I gruppi terapeutici con i malati oncologici si stanno diffondendo sempre di più e rappresentano un notevole aiuto in un momento così difficile della propria vita. Quando si accede alla terapia di gruppo si entra in una micro-società diversa da quella di cui si fa esperienza nella vita comune: anche i compagni di gruppo soffrono degli stessi problemi, cioè sono tutti malati oncologici. Questi gruppi (gruppi omogenei) vengono, infatti, costruiti ad hoc rispetto alla patologia, alla sede, allo stadio della malattia (per esempio un gruppo formato da donne con carcinoma mammario, che hanno già subito un intervento chirurgico e che adesso si approssimano a intraprendere dei cicli di chemioterapia), per favorire la coesione immediata tra i partecipanti, e per facilitare la comunicazione e l'espressione di esperienze con un unico denominatore, il cancro, ma ognuna di queste con una storia diversa alle spalle (Di Maria, Lo Verso, 2002). All'interno del gruppo diventa, quindi, possibile parlare delle proprie angosce, spesso inesprimibili nelle relazioni esterne, e delle sensazioni d'insicurezza, d'impotenza, di dipendenza, di perdita di controllo, d'isolamento che si sperimentano. Ecco perché il gruppo assume grande importanza nel ridefinire la stime di sé, rappresenta un contesto molto importante per apprendere strategie di comportamento utilizzate con successo dagli altri. Il gruppo diventa un luogo

sicuro, come uno spazio dove provare a ripensarsi, dandosi nuovi obiettivi e dando voce a bisogni nascosti che possono, però, rappresentare lo slancio verso una nuova vita.

In oncologia coesistono drammatiche problematiche emozionali e somatiche, con immanenze temporali che, a volte, non consentono strategie psicoterapeutiche e che si avvantaggiano di rapidi interventi farmacologici, che vengono preferiti, almeno nell'immediato, a causa dell'acutezza dei dolori. D'altra parte, la necessità di accadimento, di dialogo, di comprensione empatica, di chiarificazione, di analisi esistenziali retrospettive e prospettive non può essere soddisfatta dalla semplice terapia farmacologica.

I medici, quindi, oltre a mettere a disposizione dell'ammalato la loro competenza professionale, non devono mai tralasciare di considerare l'uomo, anche se ammalato, nella sua interezza fisica e spirituale, e devono raggiungere la consapevolezza che curare quest'ultima è fondamentale per la riuscita di qualsiasi terapia. È necessario che il medico, appassionato della sua professione, sappia farsi coinvolgere dal dolore del suo paziente, sapendo anche affrontare la frustrazione della sconfitta terapeutica: non sempre gli ammalati si possono guarire, a volte si possono solo consolare e accompagnare verso una fine serena. Non è un ruolo

facile, solo pochi ci riescono: occorre tanta comprensione empatica e “*un supplemento d’anima*” (Balint M., 1961). Questo purtroppo nessun testo di medicina può insegnarlo. Solamente una cultura terapeutica aperta all’integrazione tra chirurghi, oncologi, neuropsichiatri e psicologi potrà far sì che il paziente possa usufruire di un approccio terapeutico combinato che lo investa nella sua integrità di individuo con problemi psichici e somatici fra di loro interferenti, e che la qualità della vita sia la migliore possibile, durante tutto il decorso della malattia (Biondi e coll., 2002).

## Conclusioni

Le implicazioni psicologiche del paziente oncologico sono notevoli e riguardano tutto il ciclo della malattia, dalla comparsa dei primi sintomi, alla diagnosi, alle cure mediche. La patologia tumorale, infatti, per il suo carattere di gravità e di cronicità, ha un effetto sconvolgente sulla vita del paziente e della sua

**famiglia. L'ottica multidimensionale è dunque fondamentale nell'incontro col paziente oncologico: non si può aiutare in modo adeguato il paziente senza intervenire sulla famiglia e sull'equipè curante. L'attenzione all'intero sistema dovrebbe prendere l'avvio già al momento della diagnosi, perché è in questa fase che il "cancro" inizia a prendere forma nell'immaginario del paziente e della famiglia. Ed è sempre in questa fase iniziale che prendono il sopravvento le metafore collettive sul cancro come parassita che cresce, viene generato, e alimentato dal corpo del malato, e che, attraverso atroci sofferenze, porterà quest'ultimo ad una morte umiliante e svilente della propria dignità di essere umano.**

**Scoraggiare il silenzio che si estende subito dopo la diagnosi di cancro è il primo passo verso una pratica della verità, che consente all'individuo di abbandonare la posizione "regressiva", costruita e mantenuta con l'aiuto dei familiari e dell'equipe medica, in vista di una progettazione responsabile del futuro. Autoresponsabilizzare e rendere il paziente costantemente consapevole di ciò che gli sta accadendo, mantiene un'autonomia di scelta che ne preserva la dignità e ne attiva le potenzialità autocurative. Negando la malattia, invece, non gli si consente l'elaborazione dell'angoscia, e se ne aumenta la forza distruttiva. Nel momento in cui non agisce più nella**

**silenziostà nascosta dell'organismo, ma si mostra nei suoi effetti di catastrofe, l'evento cancro può sia annientare sia provocare una sorte di risveglio liberatore, come quando ci svegliamo da un incubo. Il cancro, allora, è vissuto dalla coscienza come un segnale doloroso, che porta il soggetto a svegliarsi da questa condizione di torpore nella quale la malattia lo ha costretto, e a staccarsi da questo progetto autodistruttivo. In tal modo la coscienza può capovolgere i programmi letali silenti, che stanno agendo inconsapevolmente a livello cellulare, e, prendendo contatto con questo programma di morte, reagisce all'esistenza del cancro come all'invasione di un nemico della vita, che si è infiltrato all'intero del corpo; mobilita le risorse dell'individuo per un nuovo programma di vita, perché essa possa battersi contro la sua grande rivale (Fornari, 1985). Chi è colpito dal cancro si trova quindi in una situazione di grande pena perché si sente come catturato in un circolo vizioso: da una parte si sente un bambino impotente, abbandonato ed orfano di fronte al suo destino, dall'altro vuole reagire, ma è trattenuto proprio dal fatto che il "tradimento mortale" è stato messo in atto dal proprio corpo, dal cui buon funzionamento dipende la vita. I pazienti vivono una condizione di intrappolamento: si sentono intrappolati in una vita che non riconoscono più come propria.**

L'intervento psicoterapeutico è, dunque, necessario in quanto la consapevolezza di essere affetti da una grave patologia, con prognosi spesso incerta e che richiede terapie intensive, può generare nei pazienti diverse reazioni psicopatologiche, che possono interferire con le terapie e quindi con il decorso della malattia. Lo psico-oncologo deve stabilire con il paziente una relazione di comprensione empatica, e deve costruire uno spazio nel quale il paziente si senta riconosciuto e accettato con i suoi bisogni di rassicurazione, con le sue ansie, le sue paure e la possibilità di esprimere le proprie emozioni. Il paziente oncologico ha bisogno di elaborare il trauma psicologico della diagnosi, di elaborare la rottura della "condizione illusoria di immortalità" (Calafiore, 2003), di acquisire nuovi elementi che gli consentano di rompere, dentro i suoi schemi cognitivi, l'equazione cancro = morte, e di trovare un progressivo adattamento alla malattia, che gli consenta di adottare un comportamento d'auto-aiuto, a tutti gli stadi della malattia.

Se la diagnosi di cancro costituisce l'evento traumatico che dà luogo ad un processo reattivo, l'obiettivo della terapia psicologica in oncologia è, quindi, quello di sviluppare programmi adeguati affinché il paziente e la sua famiglia possano adattarsi ai cambiamenti della vita, che questo evento comporta,

con la minore sofferenza possibile. Se, infatti, il trauma della malattia rimane non elaborato, sarà impossibile realizzare una ripresa della “progettualità esistenziale”; di conseguenza il paziente vivrà il resto del tempo in uno stato di “debilitante disperazione” (Guarino, 1998). Questi soggetti necessitano di interventi psicoterapeutici specifici e integrati di riabilitazione alla vita e a sé stessi, al proprio corpo, di ripresa e di ridefinizione di tutti i processi cognitivi.

*“La medicina moderna, quella che ancora noi conosciamo, considera l’uomo una sommatoria di organi; così la medicina d’organo ha finito per soppiantare la medicina di relazione, pur essendo tutti i medici consapevoli che gli organi si ammalano perché le biografie, gli stili di vita, le gioie, le depressioni, i vizi e le virtù, in una parola la relazione con gli altri e col mondo non funziona più, e allora il corpo collassa e da veicolo diventa ostacolo per essere al mondo.”* (Galimberti, 1995, *Il culto degli organi*)

Bisogna ricostruire il senso di continuità della propria esistenza e circoscrivere nel tempo l’evento malattia, contestualizzandolo, mantenendo relazioni affettive di supporto valide.

## Bibliografia

AA. VV., (2002), *Psiconcologia*, Masson ed., Bologna.

AA. VV. (a cura di Attivecomeprima ), (1998), *... e poi cambia la vita. Parlano i medici, le donne, gli psicologi*, Franco Angeli ed., Milano.

Annunziata M. A., 2003, “*Dinamiche psicologiche e processi di cambiamento corporeo nello stato di malattia*”, in Atti dell’VIII Convegno Nazionale di Psiconcologia “*L’integrazione tra cure mediche, trattamento farmacologico e intervento psicologico in oncologia*”, Strano ed., Catania.

Anzieu D., (1985), *L’Io pelle*, Borla ed., Roma, (1987).

Balint M., (1957), *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli ed., Milano, (1961).

Bellini M., Carta E., 1995, “*Psicosomatica e immunità: il rapporto tra cancro e depressione*“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n. 40 , pp. 147–158.

Bion W.R., (1962,a), “*Una teoria del pensiero*”, in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicanalitico*, Armando ed., Roma, (1970).

Bion W.R., (1962,b), *Apprendere dall’esperienza*, Armando ed., Roma, (1972).

Biondi M., (1992), *La psicosomatica nella pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma.

Biondi M., Conti C., Panchieri P., Sega F.M., 1981, “Caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa ed eventi stressanti: confronto tra pazienti con carcinoma mammario e mastopatia fibrocistica“, in *Rivista di Psichiatria*, n. 4, pp. 271-287.

Biondi M., Panchieri P., (1987), *Stress, emozioni e cancro*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma, (1990).

Biondi M., Costantini A., Grassi L., (1995), *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma.

Bressi C., Gala C., Invernizzi G., (1996), *Interventi psicoterapeutici in oncologia*, Internazionali ed., Roma.

Calafiore A., 2003, “*La formazione specialistica dello psico-oncologo*”, in Atti dell’VIII Convegno Nazionale “*L’integrazione tra cure mediche, trattamento farmacologico e intervento psicologico in oncologia*”, Strano ed., Catania.

Campione F., (1986), *Guida all’assistenza psicologica del malato grave*, Patro ed., Padova, (1990).

Carotenuto A., (1996), *Le lacrime del male*, Bompiani ed., Milano.

**Carotenuto A., (1997), *L' eclissi dello sguardo*, Bompiani ed., Milano.**

**Carreca A., Di Vita A.M., La Rosa F., Salerno A., 1999, “Le problematiche della corretta comunicazione della diagnosi in un servizio di senologia“, in *Psichiatria di Consulazione*, n. 2 , pp. 78-80.**

**Cigoli V., Scabini E., (2000), *Il familiare*, Cortina ed., Milano.**

**Chiari G., Nuzzo M.L., (1992), *La ricerca della psicologica sul cancro*, Franco Angeli ed., Milano.**

**Chicaud M.B., (2000), *La crisi della malattia grave*, Borla ed., Roma.**

**Chiozza L., (1981), *Psicanalisi e cancro*, Borla ed., Roma.**

**Chiozza L., (1982), *Corpo, affetto e linguaggio*, Loescher ed., Torino.**

**Cohen S., (2002), *Stati di negazione*, Carocci ed., Roma.**

**Di Benedetto P., Cauzer M., (1998), *L'esperienza del corpo*, Masson ed., Bologna.**

**Di Maria F., Lo Verso G., (2002), *Gruppi*, Cortina ed., Milano.**

Etchegoyen R.H., (1990), *I fondamenti della tecnica psicanalitica*, Astrolabio ed., Roma.

Fawzy F.I., (1995), “Critical review of psychosocial interventions in cancer care”, in *Archives of General Psychiatry*, 52, pp.100-113. In Solano L., (2001), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Cortina ed., Milano.

Fornari F., (1985), *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina ed., Milano.

Freud A., (1934), *L' Io e i meccanismi di difesa*, G. Martinelli ed., Firenze, (1967).

Freud S., (1900), *L' interpretazione dei sogni*, in OSF vol.3, Boringhieri ed., Torino, (1969).

Freud S., (1915), *La Rimozione*, in OSF vol. 8, Boringhieri ed., Torino, (1976).

Freud S., (1919), *Il Perturbante*, in OSF vol. 9, Boringhieri ed., Torino, (1971).

Freud S., (1920), *Al di là del principio di piacere*, in OSF vol. 9, Torino, (1971).

Freud S., (1927), *Il Feticismo*, in OSF vol. 10, Torino, (1974).

Galimberti U., (1983), *Il corpo*, Feltrinelli ed., Milano, (1996).

Gasparetti M., 1996, “Il malato terminale: aspetti psicopatologici comparativi tra soggetti con tumori solidi in fase terminale e soggetti con sindrome da immunodeficienza acquisita“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n. 41, pp. 3-23.

Guarino A., 1998, “Eventi traumatici di tipo somatico: la diagnosi di cancro. Sostegno psicologico e trattamento psicoterapeutico nella patologia oncologica“, in *Rivista di Babele*, n. 9, maggio – agosto, pp. 22-25.

Guir J., (1984), *Psicosomatica e cancro*, Franco Angeli ed., Milano.

Kubler-Ross E., (1969), *La morte e il morire*, Cittadella ed., Assisi, (1979).

Imbasciati A., Margotta M., 1998, “Aspetti psicosomatici nella genesi dei tumori“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n. 43, pp.49-58.

Invernizzi G., Bressi C., (1992), *La famiglia del malato neoplastico*, Piccin ed., Padova.

La Grutta S., Lo Baido R., Epifanio M.S., Sarno L., Raso I.M., 2002, “*La funzione del simbolico in psiconcologia: prospettive di ricerca e intervento*“

*clinico*“, in Atti del Convegno Nazionale “*La centralità dell’operatore sanitario nel processo di miglioramento continuo della qualità di vita del malato oncologico*“, Strano ed., Catania, pp. 77-84.

Locke S., Colligan D., (1990), “La riunione della morte e del corpo”, “Il cancro e la mente“, “Alla scoperta del guaritore interno“, in *Il guaritore interno*, Giunti ed., Firenze, pp. 14-41, pp. 169-193, pp. 194-237.

Lorenzi P., 1996, “La relazione medico-paziente nelle patologie del vissuto corporeo: considerazioni teorico-cliniche“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n.41, pp. 113-124.

Mc Dougall J., (1989), *I teatri del corpo. Un approccio psicanalitico ai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina ed., Milano, (1990).

Mc Williams N., (1994), *La diagnosi psicanalitica*, Astrolabio ed., Roma, (1999).

Meerwein F., (1989), *Psicologia e oncologia*, Boringhieri ed., Torino, (1995).

Midiri G. e al., (1996), “La mammella”, in Gallone L. e al., *Manuale di fisiopatologia chirurgica*, Masson ed., Milano.

Morelli G., 1999, “Il dilemma della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico: la malattia e la morte si possono dire?“, in *Informazione Psicologia psicoterapia psichiatria*, gennaio- agosto, n. 36-37, pp. 26-45.

Rolando R.T., (1998), *Psiconcologia*, Il Mulino ed., Bologna.

Ruggeri V., Sentarsiero M.C., 1979, “Aspetti psicodinamici e psicofisiologici della patologia neoplastica“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n. 24, pp. 261-266.

Serrano M., (2001), *L'albergo delle donne tristi*, Feltrinelli ed., Milano.

Solano L., (2001), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina ed., Milano.

Sontang S., (1979), *La malattia come metafora*, Einaudi ed., Milano.

Tatarelli R., 1992, “L'approccio psicoanalitico al paziente oncologico. Appunti per una metodologia d'intervento“, in *Rivista di Medicina Psicosomatica*, n. 37, pp. 107-117.

Tolstoj L., (1986), *La morte di Ivan Il' ic*, Adelphi ed., Milano, (1996).

Torta R., Musso A., (1997), *Psiconcologia*, Il Centro Scientifico ed., Torino.

Trombini G., Baldoni F., (1999), *Psicosomatica*, Il Mulino ed., Bologna.

Van der Velde P.J., 1981, “Note sul problema mente-corpo“, in *Rivista di Psicoanalisi*, n. 28, pp. 3-27.

Winnicott D., (1958), “Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell’ambito della situazione analitica“; “L’intelletto e il suo rapporto con lo psichosoma“, in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli ed., Firenze, (1975).

Winnicott D., (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed., Roma, (1970).

Winnicott D., (1974), *Gioco e realtà*, Armando ed., Roma.

Zani B., Cicognani E., (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino ed., Bologna.