

La risonanza emotiva del terapeuta a contatto con un minore oncologico

ENRICA CAVALLI, ANDREA BOVERO

Summary – THE EMOTIONAL RESONANCE OF THE PSYCHOTHERAPIST IN RELATION TO AN ONCOLOGICAL MINOR PATIENT This study analyze the emotional resonance of the psychotherapist in relation to an oncological minor patient, through the direct experience in a pediatric department of a hospital in Turin. Bring back the private and subjective experience it seemed a possibility, which could allow to feel and to reflect on a basically involved area in the treatment and care of cancer patients: the internal and deep emotional experience that requires the type of work with these patients. This processing must be deeply experienced by the psychotherapist, developed and supported in his training to become an instrument of genuine and professional work in the relation.

Keywords: COUNTERTRANSFERENCE, PSYCHOTHERAPY, CANCER

I. Premessa

In questo studio si vuole analizzare la risonanza emotiva del terapeuta nella relazione con un minore oncologico. Un fattore specifico importante per il percorso di cura è l'Alleanza Terapeutica che descrive la reciproca condivisione della situazione clinica tra paziente e terapeuta. In modo particolare l'Alleanza Terapeutica con un paziente oncologico permette di vivere le perdite non come abbandono e di cogliere le dinamiche psicologiche legate al bisogno di tenerezza nel percorso di accompagnamento del paziente [30].

L'incontro con l'altro implica la capacità di prendere contatto, di sintonizzarsi con il mondo soggettivo di chi sta vicino attraverso una risonanza emozionale individuale. L'Individual psicologia porta l'attenzione sull'intersoggettivo, l'interindividuale, cioè sull'attitudine dinamica e vitale a esplorare la realtà esterna attraverso gli *organi di senso e a sentire intuitivamente*, "come se" gli stati mentali altrui fossero i propri per mezzo dell'identificazione cognitiva ed empatica.

Il terapeuta svolge un ruolo attivo nella costruzione della relazione insieme al paziente, non limitandosi ad indossare i panni dell'osservatore distaccato, silenzioso,

neutrale ma cercando di coinvolgere il paziente in una nuova relazione che, col tempo, gli consenta di affrancarsi dai vecchi schemi relazionali inadeguati per sperimentarne di nuovi, più validi e meno fallimentari.

L'incontro terapeutico costituisce un evento che si sviluppa nel tempo con la costruzione di una storia a due che segue un itinerario unico, irripetibile, creativamente e finalisticamente orientato, nel corso del quale la coppia creativa cresce ed evolve.

Il caso clinico seguente è stato trattato dalla Dott.ssa Enrica Cavalli presso un reparto di Pediatria, mentre la supervisione del caso è stata condotta dal Dott. Andrea Bovero.

II. *Caso clinico*

Nel mese di maggio 2011 venne richiesta una Consulenza Psicologica al Servizio di Neuropsichiatria Infantile di un Ospedale di Torino per un caso oncologico ricoverato presso il reparto di Pediatria in cui si richiedeva una psicoterapia per una ragazza di 14 anni nel periodo di attesa di un intervento chirurgico.

Il “viaggio” con Elena cominciava in uno spazio di urgenza in cui si avvertiva la necessità di una figura professionale che l'aiutasse a sopportare un dolore enorme.

Durante la prima riunione di équipe con il personale medico ed infermieristico, alla psicoterapeuta venne rivelato lo scenario con cui si sarebbe avvicinata a quel lettino, lontano dagli altri del reparto, aprendo una sfida che intercettava e scuoteva le parti interne connesse alla sua professione di terapeuta.

Elena era una ragazzina di 14 anni, ammalata di un carcinoma alle cellule renali dall'età di 7 anni. Dopo un primo intervento chirurgico di Nefrectomia Allargata, ovvero di ablazione chirurgica di un rene, effettuato quando Elena aveva 7 anni presso il reparto di Oncologia Pediatrica di un Ospedale del Sud Italia, seguirono diversi cicli di chemioterapia.

Negli anni successivi la situazione clinica di Elena sembrava assestarsi su una dura lotta volta ad eludere la possibilità di insorgenza di nuove metastasi tumorali: arrestata la progressione neoplastica della massa tumorale al rene ed evitata la possibilità di recidiva, dai costanti monitoraggi non emergevano ricadute massicce su altri organi vitali, nonostante la bambina continuasse a possedere un quadro metastatico complesso ed in evoluzione continua.

All'età di 13 anni Elena fu aggredita da un nuovo carcinoma del cavo orale che la portò a sottoporsi tempestivamente ad un ulteriore delicatissimo intervento chirurgico di asportazione localizzata della massa tumorale: le metastasi successive all'intervento sembravano essersi incrementate proprio nella zona della gola e del collo.

La paziente arrivò a Torino dopo sei mesi in attesa di un nuovo intervento: la massa tumorale si era infatti ricreata in poco tempo, arrecandole una vistosa malformazione alla gola, oltre ad una fitta serie di disturbi fisici violenti e pervasivi, tra cui la perdita

parziale dell'olfatto e dell'udito, un forte dolore nella zona del timpano, delle difficoltà nella deglutizione e nell'espressione verbale.

Inoltre, l'incontro con l'équipe portava i terapeuti di fronte all'evidenza clinica di essere dinanzi ad un'adolescente malata di un cancro in fase terminale, svelando la finzione che ricopriva l'intervento chirurgico.

Benché Elena fosse a conoscenza della malattia, non sembrava ancora pienamente consapevole delle finalità dell'intervento chirurgico e della prognosi, credendo che l'intervento chirurgico fosse risolutivo e finalizzato alla guarigione.

Il progetto clinico dell'intervento psicoterapeutico, in accordo con il reparto e con la famiglia della paziente, era di offrirle un trattamento in cui affrontare l'aggravarsi della malattia ed accompagnarla in questa delicata fase di transizione ed incertezza preoperatoria che stava progredendo verso un'evoluzione infausta.

Si prospettava quindi una psicoterapia breve supportiva, che aiutasse la ragazza a condividere le angosce legate all'aggravarsi della malattia, uno spazio in cui potesse percepire la possibilità di esprimersi il più possibile come persona malata e anche come adolescente, figlia e persona, offrendo un'esperienza di condivisione delle angosce, ma anche la possibilità di elaborare la storia di malattia e la sua condizione attuale.

Dal colloquio con i genitori emergeva l'aspettativa di eseguire l'intervento chirurgico come disperato tentativo di "fare ancora qualcosa", sebbene da tempo sembravano avere preso consapevolezza della gravità della situazione clinica della figlia.

I genitori condividevano l'idea che Elena incominciasse un percorso psicoterapeutico. Quando Elena iniziò la psicoterapia, la terapeuta sentiva la necessità di riflettere sul percorso psicologico, non colludendo con l'aspettativa finzionalistica dell'intervento, ma tenendo una posizione autentica tra l'immaginario e il reale, tra l'attesa e la speranza, tra la vita e la morte e incominciò a preparare quello spazio interno che le avrebbe permesso di stare in quella relazione e di accogliere i pensieri anticipatori e quelli più angoscianti.

Elena era molto astenica, camminava pochissimo, stava sempre nel suo lettino, aveva perso i capelli in seguito ai cicli di chemioterapia ed aveva delle cicatrici dei diversi interventi chirurgici subiti, di cui la più visibile era alla gola. Aveva gli occhi grandi, un visino da bimba molto provato dalle terapie e dalla sofferenza che aveva affrontato. Aveva difficoltà a parlare ed era difficile capirla, sia per la malformazione che il tumore le aveva provocato, sia per il dolore nel farlo, ma nonostante tutto lo faceva con tutta la forza che aveva a disposizione.

Il primo colloquio si svolse con poche parole e molti sguardi. Elena sembrava accettare la psicologa nella sua stanza ma aveva bisogno di osservarla. Lo scambio verbale era molto doloroso, le parole facevano difficoltà a trovare uno spazio plausibile.

Il coinvolgimento emotivo con la ragazza, con la sua sofferenza, era talmente intenso

che risultava difficile distinguere tra le angosce della paziente e della psicoterapeuta. Il peso dell'idea del morire, della fine e dell'impotenza assaliva la terapeuta in modo pervasivo ed i primi ricordi legati a quell'incontro ostacolavano il procedere del pensiero ordinario. L'impatto del primo incontro con la paziente, spossata dalla malattia oncologica, mise a dura prova l'assetto psichico con cui la psicologa si presentava. Insieme concordarono che si sarebbero incontrate due volte alla settimana, in modo flessibile ed adeguato alle sue condizioni cliniche.

I primi due colloqui furono molto forti emotivamente; non solo per il dolore fisico parzialmente controllato di Elena, ma anche per l'Alleanza Terapeutica che si era instaurata velocemente. Elena riusciva, pur facendo fatica a parlare, a raccontare la sua storia con grande forza di volontà.

Durante i primi incontri Elena parlava del suo stato di malattia, evidenziando l'alone di ambivalenza ed incertezza sull'intervento chirurgico che stava aspettando, "non so cosa mi faranno", "ho paura di un altro intervento qui" riferendosi alla zona del collo e della gola, "non vedo l'ora che tutto sia finito". Altre volte diceva "mi hanno già fatto di tutto, è tanti anni che sono malata", "ora sono stanca".

Alla richiesta di colorare insieme il cartello "non disturbare" da mettere sulla porta che la psicologa aveva portato per i colloqui, Elena lo mise da parte, mentre il colloquio veniva continuamente interrotto da infermieri, medici che praticavano le medicazioni e sostituivano la terapia antidolorifica.

Il dolore della ragazza era talmente "globale" che nelle sedute iniziali rischiava di travolgere la psicoterapeuta, creando una situazione poco relazionale: la terapeuta soffriva con lei, rischiando di identificarsi troppo con la sofferenza della paziente.

L'assenza di vie di fuga guaritrici e di risposte accettabili, portò all'ascolto, alla comprensione, al riconoscimento, alla legittimazione, alla tolleranza delle domande sprigionate dai discorsi di Elena che non facevano altro che rimandare a "perché proprio a me" o "che ne sarà di me". Poiché la paziente non riusciva a rispondere a queste domande, nella relazione terapeutica si affrontò il non spiegabile perché anche questo avesse un "posto dove abitare" e perché venissero mobilitate le risorse interne per renderle usufruibili e condivisibili tra di loro.

Elena, dopo aver ripercorso alcuni passi della sua storia, raccontava di aver sofferto molto, parlava di un dolore legato a ciò che la malattia le aveva tolto, ma insieme riuscivano a soffermarsi anche sugli aspetti positivi e non solo quelli di "bambina malata" che aveva vissuto. Inoltre, rivelava alla psicoterapeuta quanta vitalità e quanto desiderio di vivere fosse ancora presente in lei e quante cose, forse, non riusciva a raccontare ma che sentiva vive dentro di lei. Negli incontri successivi Elena riprendeva il cartello "non disturbare" e insieme alla psicologa continuava a colorarlo.

Gli incontri diventavano più "leggeri": i ricordi del suo passato continuavano ad essere nella sua mente, riuscendo a far circolare anche qualche sorriso all'interno della

relazione e a sganciarsi dalla dimensione attuale ed entrare in una dimensione passata, ancora viva: “la nonna mi preparava i chupa chupa quando andavo al mare da lei, perché lo sapeva che mi piacevano troppo!”.

Elena parlava delle sue compagne di scuola e di una dimensione più adolescenziale, aganciata alla situazione di malattia non reversibile ma contemporaneamente non sopraffatta “mi scrivono i messaggi e le vedo su skype”, per poi raccontare la sua vita per come era stata fino a quel momento, “la mia casa è bella, se vuoi ti racconto com’è fatta”. La psicoterapeuta si scopriva poco preparata ad accogliere questo dolore e sentiva la possibilità che la potesse annientare, oberandola di un’angoscia schiacciante, rendendola incapace a produrre qualcosa per lei e per se stessa. Pertanto, per tollerare meglio questa angoscia, usufruiva di una supervisione in cui analizzare le dinamiche psicologiche e relazionali.

La terapeuta, incoraggiando la ragazza, le rimandava che insieme avrebbero superato le sue paure: i suoi occhi così tristi, ma anche così belli, avevano molto da dire, c’era un valore talmente grande che trascendeva le cose e andava all’essere. La ragazza rideva e spesso diceva che c’erano tante cose di cui voleva parlare. La psicologa accoglieva queste sue richieste e le diceva che ciò che non riusciva a narrare, avrebbero potuto immaginarlo insieme. A Elena, sorridente, sembrava “una buona idea”.

Gli incontri successivi furono caratterizzate da una sofferenza più pensata che vissuta: man mano che si avvicinava il momento dell’intervento chirurgico, Elena manifestava la paura dell’operazione, la paura di poter morire: “non voglio più soffrire” e dopo averle fatto raccontare com’era stato l’intervento precedente, lei sembrava più rassicurata, “sì è vero, sarà come quello, lo conosco già, ormai mi sono abituata”. Elena sperava di tornare ancora un po’ a casa sua, “così saluto i miei fratelli”. Su richiesta della psicologa, la giovane paziente descriveva e disegnava la sua casa e poi commentava “almeno adesso sai com’è fatta casa mia”. La terapeuta condivideva le sue gioie, il suo bisogno di tenerezza ed il suo dolore e con forza provava ad incoraggiarla, portando l’attenzione su se stessa in quei momenti insieme, dando valore all’esistenza e a ciò che era lei ora.

Il pensare, l’aver paura, il ricordare, il raccontare, avevano ancora senso per la paziente e valeva la pena rendersene conto e trovarvi uno spazio. Al penultimo colloquio, prima che la ragazza venisse dimessa, portò il cartello “non disturbare” ed insieme alla terapeuta, lo completarono con dei disegni colorati, pronto per essere utilizzato.

Nell’ultimo incontro si salutarono, “ne è valsa la pena” disse Elena alla terapeuta, ringraziandola con un caloroso abbraccio. La psicologa concordò con Elena e la famiglia, che se fosse stata nuovamente ricoverata in ospedale a Torino, potevano riprendere i colloqui terapeutici.

Elena tornò a casa seguita a domicilio da un'unità di cure palliative.
Elena morì un mese dopo l'ultimo incontro.

III. *Riflessioni*

Il caso clinico descritto si presta ad una riflessione sulla preparazione emotiva dello psicoterapeuta nella relazione con un paziente oncologico e sulla percezione della separazione, della fine e della paura della morte.

Durante gli incontri con la giovane paziente, l'angoscia provata dalla psicoterapeuta, percependo la situazione come irrisolvibile, sentendosi sovrastata dall'impotenza di fronte alla minaccia della disorganizzazione o dell'annullamento dell'identità del Sé, l'ha portata ad avvertire le stesse emozioni provate dalla paziente [9]. Inoltre il dolore frustrante della terapeuta di non avere a disposizione uno strumento onnipotente, guaritore e risolutivo, l'ha condotta alla consapevolezza di poterne utilizzare un altro, nato dal senso di vuoto, di annichilimento e di frammentazione che l'angoscia di morte ha portato con sé.

Oltre a ciò l'emozione violenta provata non si arresta, ma coinvolge ed intacca altre corde del proprio io-persona ed io-psicologa, penetrando nella relazione paziente-psicoterapeuta: quel dolore, quell'impotenza che porta alla sensazione che nessuna parola e nessun pensiero possa sanare l'irreversibile è stato necessario per poter capire e arrestare il volo ad un pensiero onnipotente.

Tale limite iniziale del terapeuta non permette di creare un'Alleanza Terapeutica in cui dare vita e senso ai pensieri, ai vissuti, alle emozioni e tradurli in un pensiero costruttivo, dotato di senso e di valore che consenta al paziente di condividere e sopportare il proprio destino. Il medico o lo psicologo che non si sia messo in discussione sulla propria morte e sul suo significato, difficilmente riuscirà ad aiutare un paziente gravemente malato. Ne deriva un atteggiamento di ritiro, di fuga, di abbandono del paziente in punto di morte e dei suoi familiari [12].

Sono utili, pertanto, incontri di supervisione che prevengano nel terapeuta crisi di svuotamento emotivo fino al burn-out.

Di fronte ad un paziente con un patologia oncologica emerge l'antica insufficienza dell'individuo e la necessità di considerare una visione globale dell'insieme uomo, inteso come individuo indivisibile e la necessità di osservarlo all'interno delle relazioni che intrattiene [8].

Il terapeuta deve possedere un'adeguata familiarità con il limite esistenziale che implica un'avvenuta maturazione ed una capacità di comprensione di ciò che si può affrontare e ciò che si deve accettare [16]. A partire da questa consapevolezza, con i vissuti di impotenza, si costruisce un coraggio che diventa strumento nell'incontro con il paziente [14].

Nell'ambito dell'Alleanza Terapeutica le strategie di incoraggiamento sono una componente importante [30]. L'ascolto e la comprensione devono individuare lo scoraggiamento del paziente e sono alla ricerca di una via di uscita che non può essere preconfezionata. Infatti, il nuovo coraggio non sarà il coraggio del terapeuta, ma una contaminazione tra l'inferiorità del paziente, l'energia creativa e il sentimento del valore di esistere prodotto nella relazione terapeutica.

Secondo un concetto cardine della Psicologia Adleriana, l'attivazione del Sé Creativo del terapeuta [5, 10, 15], è il ponte che autorizza il malato stesso a riappropriarsi del suo con coraggio. Infatti, attraverso la creatività, un principio dell'Alleanza terapeutica, Elena si sente compresa: paziente e terapeuta riprendono quel cartello "non disturbare" lo personalizzano, rendendolo utilizzabile per l'ultimo colloquio.

La psicoterapeuta aiuta la paziente a dare un senso alla finitezza, alla separazione e al morire. Infatti, solamente nella dimensione relazionale della coppia paziente-terapeuta, i ricordi e le narrazioni del paziente vengono accolti, riconosciuti, arricchiti di valore e restituiti nella loro "trascendenza" dal terapeuta, andando a compensare il senso di inferiorità e di separazione dal mondo [11].

Elena è accompagnata con fiducia a ripercorrere le proprie esperienze, incoraggiando il confronto con le esperienze più dolorose, così da consentire un «nuovo creativo incontro con il deficit, con l'inferiorità» (8, p. 47). Attraverso numerosi *momenti-ora* [32], emotivamente intensi e profondamente significativi, la ragazza acquisisce e attiva «nuovi set di memorie implicite» che aumentano le proprie modalità di sentire e di agire [29].

La profonda stanchezza di Elena, "non voglio più stare male" o "non ne posso più", sembra una schiacciante rassegnazione alla morte che, nel momento in cui viene condivisa con la terapeuta, acquisisce un nuovo significato a cui pensare insieme.

Il carico emozionale di questa comunicazione riportato all'interno della relazione terapeutica, benché appaia come una rinuncia alla vita, consente di sentire ancora la forza del sentimento sociale [8].

Come il neonato si rivolge alla mamma quando si sente in preda all'angoscia e non ne percepisce la causa, né vie di fuga, così l'esperienza di Elena, ricoverata presso un reparto ospedaliero, costituisce un ambiente protettivo/contenitivo (holding) che permette di poter riportare le proprie angosce in una dimensione relazionale protetta, autentica. In questa situazione l'Alleanza Terapeutica, come rete di interconnessione, grazie alla quale i diversi operatori si occupano empaticamente di un soggetto, costituisce una rete con funzione di holding, intesa come l'attività di sostegno reale, possibile, che viene offerta alle situazioni psicopatologiche-cliniche complesse del paziente. La funzione terapeutica dell'holding si estrinseca in tutte quelle situazioni difficili che richiedono la presenza significativa del terapeuta ad ancorare il paziente alla realtà e a prevenire le distorsioni del transfert [30].

Solo una risposta che apra ai legami di tenerezza, così come la madre si propone al proprio bambino nei suoi primi anni di vita, e che quindi stimoli l'esperienza ed il pensiero condiviso, può permettere una relazione a due, un'esperienza individuale affettiva e profonda all'interno di una relazione che regge e contiene.

Per Adler il bisogno di tenerezza del bambino nei confronti della madre (o di un'altra figura che se ne prende cura) è un prerequisito per la sopravvivenza ed un banco di prova per tutte le forme di relazioni, così la presenza di una relazione di attaccamento nella fase finale della vita, ha effetti sulla capacità di sentirsi adeguati e sul processo di separazione alla fine della vita [1, 3, 4, 7].

Infatti «la psicoterapia rappresenta per il paziente il tentativo, forse l'ultima possibilità che egli si concede, di ricomposizione sulla base lacerata di comunicazione interindividuale attraverso un nuovo "legame d'attaccamento sicuro" col proprio analista» (23, p. 107).

La vera relazione con Elena si rivela solo quando la paziente e la terapeuta trovano la giusta distanza, sono sufficientemente vicine e separate da creare uno spazio di condivisione e di cooperazione sui contenuti emersi, anche quelli non riparabili [17].

È importante che il terapeuta riconosca se le emozioni e gli affetti che sta sperimentando provengono dal paziente, oppure se vengono dalla sua esperienza interna, dal proprio transfert. Il terapeuta che sia autenticamente a disposizione del paziente sarà in grado di riconoscere questi sentimenti e di usarli a vantaggio del paziente [19].

Pertanto assume particolare importanza l'attitudine del terapeuta a non perdersi nel labirinto delle identificazioni e proiezioni reciproche. La capacità del buon terapeuta di mantenere un punto d'appoggio nella propria realtà, pur lasciandosi trascinare nel caotico mondo interiore del paziente, rappresenta il fattore principale per un sostegno incoraggiante, in quanto facilita l'integrazione delle interpretazioni e salvaguarda il rapporto analitico [26, 28, 29].

In quanto adleriani il transfert ed il controtransfert sono considerati espressioni dello Stile di Vita e delle emozioni sia del paziente che del terapeuta [22].

Il contro-atteggiamento, che nell'accezione Individualpsicologica, indica la complessità dei movimenti transferali e controtransferali del terapeuta verso il paziente, è necessario per la loro comprensione. L'analista è oggi meno neutrale e più partecipante e può, in certi casi, mettere in gioco parti di sé, in accordo con la visione dell'essere umano come soggetto, esperienziale, e organizzatore di esperienze [6, 20, 21].

In chiave Individualpsicologica, il sentimento sociale, primo passo verso una buona relazione tra paziente-psicoterapeuta, ha reso possibile lo stabilirsi di un'efficace Alleanza Terapeutica. Infatti, attraverso l'attitudine alla relazione, all'ascolto empatico, al sentimento di appartenenza che ha la funzione di contenere e di proteggere, la paziente non si sente più solamente considerata un oggetto di cure, ma un soggetto con cui

collaborare e l'approccio non è solamente più rivolto al malato ma alla persona [30].

Tale Alleanza Terapeutica non deve avere le caratteristiche di una "consolazione del morente a tutti i costi", ma deve favorire un dialogo che metta in questione il senso della vita e della morte. All'interno di questa dimensione interattiva si attivano risorse di compassione e solidarietà e fattori aspecifici importanti del percorso di cura quali la sicurezza, intesa come capacità di interessarsi all'altro senza farsi contaminare dalla sofferenza, la confidenza, che diventa fonte di sostegno e di speranza, e la creatività che incoraggia il cambiamento e può attivare la creatività dello stesso paziente [30].

Offrire la possibilità di fungersi testimone della vita della paziente malata, stabilendo una relazione in cui sia possibile affidarsi per poter trovare un senso a quello che si è vissuto e una condivisione per quello che invece non può trovare una soluzione, è uno degli aspetti centrali dell'Alleanza Terapeutica con Elena. Infatti la paziente, facendo perno sulle risorse interne, ritrovate insieme alla terapeuta, può sperimentarsi narratrice di sé stessa, e riconoscersi portatrice di una storia grande e viva.

Elena riesce a raccontare liberamente, immaginando e ricordando, nonostante l'incertezza e la paura di soffrire ancora. La fiducia che la paziente ha ancora tanto da dare, assume una valenza transmotivante: è accolta ed utilizzata per far emergere quella parte di sé troppo annichilita dalla sofferenza [10, 27, 28].

L'attesa finzionalistica dell'intervento chirurgico ha rappresentato un appiglio indispensabile per controllare l'enorme peso che serpeggiava all'interno delle maglie del reparto, contrastando l'incommensurabilità del pensiero della morte e della fine. Il proiettarsi in qualcosa che doveva essere concretamente ancora definito come l'intervento chirurgico, sia anche di natura palliativa, ha rappresentato uno strumento vitale che ha permesso una negazione dell'attesa dell'abbandono della speranza e dell'arrivo del dolore e della fine [12, 19, 23].

Anche di fronte al dolore, come di fronte all'astenia, all'angoscia, non sempre si può trovare una ragione e, in questo caso, è solo l'esperienza di essere ancora vivi, magari non da soli, che permette di continuare ad esserlo. Infatti, accorgersi del proprio dolore implica anche accorgersi di esserci ancora, con il proprio Io e la propria identità. Emozioni legate alla perdita, alla separazione, al distacco, al lacerante vissuto di abbandono possono essere provate durante la terapia sia dal paziente sia dal terapeuta: dolore, tristezza, gelosia, invidia, rabbia, nostalgia. La capacità di affrontare la morte e la separazione e la modalità attraverso cui essa sarà vissuta, non solo, dovrebbero essere considerate strumenti di monitoraggio della terapia stessa ma, soprattutto, singoli aspetti di quell'articolato e doloroso processo chiamato "elaborazione del lutto" [25].

È importante con i pazienti gravi, alla fine del percorso psicoterapeutico, lasciare una porta aperta ad un ulteriore intervento terapeutico. Più che la conclusione della tera-

pia, del distacco, temono l'abbandono [30]. Pertanto, in questo contesto, un'efficace Alleanza Terapeutica è collegata ad un patto di non abbandono ed implica un'elaborazione dell'anticipazione della perdita, dei progetti, della vita e infine del lutto.

È questo un accordo, più o meno verbalmente esplicitato, per il quale il terapeuta assicura di accompagnare il paziente, impegnandosi a non allontanarsi né a livello professionale né emotivo. Questo atteggiamento produce l'effetto di un forte sentimento di appartenenza nel malato e lenisce almeno in parte i vissuti di solitudine [13, 17].

Questo caso sottolinea il flusso biunivoco di risonanze emozionali transferali e controtransferali fra chi cura e chi è curato e fa riflettere sulla necessità per un buon analista di saper monitorare e, quindi, usare costantemente per fini terapeutici l'intrap-sichico, l'intersoggettivo e l'interindividuale, competenza che si acquisisce attraverso una ben condotta analisi personale, un'accurata analisi didattica e una sistematica supervisione [13, 24].

Solamente un sentimento di appartenenza attraverso il processo dell'identificazione imitativa, che ha la caratteristica della reciprocità [2], permette di modificare entrambi nella relazione. Solo quando il terapeuta è in grado di riconoscere i vari movimenti emozionali transferali e controtransferali, può essere evitato il pericolo che la psicoterapia con un paziente malato gravemente soddisfi i bisogni del terapeuta piuttosto che quelli del paziente.

IV. Riflessioni varie

Volendo trarre delle riflessioni si potrebbe affermare che l'atteggiamento appropriato del terapeuta nel trattamento dei pazienti oncologici è basato su una forte partecipazione empatica con la sua sofferenza, e sull'essere insieme a lui che muore, in una presenza che dà senso ed è testimonianza del valore dell'Alleanza Terapeutica e della vita di quella persona nel periodo finale.

Il medico e lo psicoterapeuta necessitano una preparazione scientifica, psicologica e umana, specifica sul significato della morte, sul travaglio psicologico e morale del morante. Tale preparazione è fondamentale per prevenire i rischi di logoramento professionale e per promuovere nella cultura medica odierna, basata sulla tecnica, una rivalutazione dell'esperienza della morte verso una visione dell'esistenza più piena e vera.

L'elemento prioritario in una psicoterapia con un paziente oncologico è instaurare una soddisfacente Alleanza Terapeutica basata non semplicemente sulla fornitura di una prestazione professionale, fredda, distaccata, ma su un "caldo incontro" tra individui che mettono in gioco loro stessi nella loro identità più profonda. Quindi, in questo tipo di Alleanza Terapeutica, la realtà psichica diviene coscientemente ed autenticamente evidente sia allo psicoterapeuta che al paziente, grazie ad un'atmosfera coinvolgente, caratterizzata da fiducia e da incoraggiamento [30]. Pertanto, attraverso l'Alleanza

Terapeutica in cui i due partecipanti sono implicati in una trattativa continua nello scambio clinico, il terapeuta, in quanto individuo anche lui mortale, viene realmente seppure parzialmente, interpellato nella vicenda umana del sofferente che vive la propria morte.

Inoltre, nella relazione terapeutica con un minore occorre ascoltare la sua sofferenza, cioè permettere di “dar voce al dolore” [31] dice Macbeth. Dare voce al dolore significa creare le premesse perché questo dolore sia legato a ciò che accade: dalla pesantezza della malattia, dalla qualità della vita e dall’impatto soggettivo dei sintomi, ma anche come dolore che nasce da una conoscenza di ciò che accade della propria diagnosi e delle scelte che sono possibili.

Il compito del terapeuta non riguarda solamente la meta finzionale: quest’ultima si trasforma perché è cambiato lo sguardo sul limite, ma si tratta di curare le difficoltà di accettazione della finitezza.

Inoltre, l’ascolto del dolore muove risonanze nel terapeuta, facilita atteggiamenti riparativi e consolatori che possono portare a dei benefici solamente se il paziente, colui che soffre, sentirà che l’altro che ascolta è in grado di sopportare con e per lui.

Il terapeuta, soltanto se avrà consapevolizzato e metabolizzato nella maniera più corretta le proprie emozioni controtransferali, potrà offrire al paziente strumenti idonei per elaborare e metabolizzare il dolore e nel contempo riuscirà ad accettare la frustrazione per la separazione dal paziente.

In conclusione, solamente attraverso un’adeguata Alleanza Terapeutica si può recuperare il significato relazionale e personale della morte, il senso del morire come esperienza radicale di vulnerabilità, di finitudine e di inferiorità dell’uomo, esperienza che, proprio perché tocca le radici dell’esistere, esige un rapporto di aiuto e di condivisione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zartlichkeitsbedurfnis des Kindes, in Adler, A., FURTHMLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden*, Riv. Psicol. Indiv., 59: 7-15 2006.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1930), *Die Technik der Individualpsychologie: Die Seele der schwererziehbaren Schulkinder*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1993.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of*

- Alfred Adler, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BIANCONI, A. (2010), Finzione e contro-atteggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 7-27.
 7. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, Vol. 1, tr.it. *Attaccamento e perdita*. Vol.1: *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
 8. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-84.
 9. BOVERO, A., TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull'esperienza del morire e sugli approcci d'intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
 10. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 41-51.
 11. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-125.
 12. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 69: 53-63.
 13. BOVERO, A., TORTA, R. (2014), Setting in Psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 75: 18-27.
 14. CANZANO, C. (2009), Il limite, il coraggio. Di fronte, accanto, dentro all'inferiorità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 31-41.
 15. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psyc. Doss.* 1: 61-91.
 16. FASSINO, S. ET ALII (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 93-110.
 17. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, CSE, Torino.
 18. FASSINO, S., (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
 19. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
 20. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
 21. FERRERO, A., (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, F., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*. C.S.E., Torino.
 22. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita nella coppia terapeutica creativa: dalla teoria alla clinica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
 23. FERRIGNO, G. (2010), La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il passato-presente-futuro, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 95-110.
 24. FERRIGNO, F. (2014), Fine dell'analisi e separazione: emozioni nel controtransfert, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. 75: 44-54.
 25. MUNNO, D., SCARSO, G. (1994), La fine dell'analisi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 43-52.
 26. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.

27. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
28. ROVERA, G. G. (1988), La Psicologia Individuale: concetti fondamentali, *Indiv. Psychol. Doss.*, I, S.A.I.G.A., Torino.
29. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie d'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
30. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
31. SHAKESPEARE, W. (1606), *Macbeth*, Feltrinelli, Milano 1997.
32. STERN, D. (2004), *The present moment in psychotherapy and everyday life*, tr.it *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

Enrica Cavalli
Psicologa-Psicoterapeuta SAIGA
Corso Quintino Sella, 119
I-10132 Torino
E-mail: enricacavalli@virgilio.it

Andrea Bovero
S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica-Università di Torino
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Corso Bramante, 88/90
I-10126 Torino
E- mail: a.bovero@tiscali.it