

“Verrà la morte e avrà i tuoi occhi”: riflessioni sui vissuti di un terapeuta tra finzione, onnipotenza e realtà

GIORGIO TUBERE, SANDRA MACCHIARINI

Summary – “DEATH WILL COME AND IT WILL HAVE YOUR EYES”: REMARKS ABOUT EXPERIENCES OF A THERAPIST BETWEEN FICTION, OMNIPOTENCE AND REALITY. The Individual Psychology allows to do many interpretations about the behaviour and the emotions of the people working in a Cancer Palliative Care Centre. The nearness of death moves deep feelings in doctors and in nurses and they can be expressed time by time in *fictional attitude, will of power or social feeling*.

Keywords: CANCER PALLIATIVE CARE, DEATH, INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

In questi ultimi dieci anni, in Italia come in Europa, si è diffuso un nuovo concetto di medicina, la Medicina Palliativa, per affiancare, integrare e continuare la classica Medicina Curativa. L'obiettivo della medicina palliativa è quello di dedicarsi alle ultime fasi delle malattie croniche, quando in pratica si raggiunge il momento in cui qualunque terapia causale risulta inefficace come nel caso del cancro, dell'AIDS, dell'Alzheimer, della sclerosi multipla, della demenza etc. In altre parole, essa si inserisce in quello spazio temporale che va dalla dichiarazione del sanitario curante “non c'è più niente da fare” fino alla morte.

Storicamente la medicina palliativa è nata per i pazienti terminali di cancro con lo scopo di sconfiggere o controllare il dolore. Successivamente ci si è accorti che, assieme al dolore, tante altre erano le problematiche che intervenivano: anoressia, stipsi, ilei, infezioni, emorragie, piaghe da decubito, vomito e, soprattutto, paura, ansia, angoscia, depressione. Il discorso sulle finalità della medicina palliativa si è orientato nella direzione del miglioramento della qualità di vita negli ultimi mesi di queste malattie croniche, tenendo sempre presente che, in ogni caso, il sintomo dolore risulta attuale nel 70% dei casi.

Dal 1990 nella provincia di Imperia è attivo, per conto della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, un Centro di Cure Palliative, qualificato come associazione di volontariato, per le cure a domicilio in totale collaborazione con le famiglie dei pazienti e con l'obiettivo dichiarato di permettere a costoro di trascorrere gli ultimi giorni di vita nella propria casa, circondati dai propri cari e

dagli oggetti quotidiani. Il personale del Centro è composto da undici medici, venti infermieri professionali e venticinque volontari “laici”, digiuni di cultura sanitaria specifica: a tutt’oggi sono stati seguiti ed accompagnati circa quattrocento pazienti e le loro rispettive famiglie. Dai periodici incontri di supervisione dei casi clinici, aperti a tutti gli operatori, è scaturita e maturata tutta una serie di problematiche e riflessioni che sarà l’oggetto di questo lavoro.

Dalle riunioni è emerso che la formazione personale adleriana dei conduttori del gruppo ha consentito di uscire dagli aspetti puramente tecnici del tipo di lavoro svolto, anche e soprattutto attraverso le supervisioni dei casi, per dare maggior rilevanza alle esperienze di carattere emotivo indotte dall’attività.

Nel passato esistevano vari ordini religiosi creati apposta per assistere i malati gravi. Nella sinagoga di Praga, vi era una confraternita di persone con lo specifico compito di assistere i morenti, di organizzare i funerali e di provvedere, infine, alle cure del cimitero. Si trattava di un “lavoro” missionario, ma obbligatorio in quanto facente parte della Regola: solo un vincolo religioso avrebbe potuto motivare la scelta di farsi carico di un fardello così pesante e ricco d’angoscia, quale è l’assistere alla morte di un essere umano.

Per chiunque di noi la morte non potrà mai entrare a far parte del proprio bagaglio esperienziale: essa potrà essere solo vista negli altri; a noi sarà permesso solamente conoscere la morte degli altri ed assistere alla progressiva riduzione dello spazio vitale altrui, sapendo, però, che questo sarà anche il nostro destino inevitabile. In definitiva la morte dell’altro rimanda all’idea della nostra morte, parafrasando Cesare Pavese [9] per la risonanza emotiva evocata dal suo verso “Verrà la morte e avrà i tuoi occhi”.

In questo tipo di attività medica specialistica, e soprattutto durante le supervisioni, ci si è trovati spesso di fronte alle emozioni e all’angoscia dell’operatore, sentimenti che bisogna imparare a frequentare e con i quali occorre riuscire a convivere. Da una parte, il malato che viene assistito prova, nella maggior parte dei casi, dolore (dal latino *doleo* = sento male) e sofferenza (dal latino *subfero* = sopporto, tollero, resisto), dall’altra parte c’è l’operatore che non prova dolore, ma soffre. Per analogia, tutto ciò rimanda al lavoro della “coppia analitica”: al paziente che porta la sua sofferenza nevrotico-esistenziale e all’analista che partecipa ed accompagna. In questo senso l’arte della psicoterapia, come l’arte della medicina di Ippocrate, è un’esperienza estetica (dal greco classico *aistetikos* = sensibile, capace di sentire; *aistesis* = sensazione, sentimento): il discorso terapeutico è, dunque, un discorso di sentimenti [3].

Per quanto è stato detto, non esamineremo in questa sede né ciò che accade al malato, né le *finzioni* psicologiche da lui utilizzate per affrontare o negare la

propria malattia e la propria sorte, ma ci soffermeremo sulle strategie personali elaborate dall'operatore per poter sostenere il paziente, la famiglia e, soprattutto, se stesso in questo difficile percorso. Da un questionario, elaborato all'*Istituto Tumori di Genova*, risulta che il 53% degli psico-oncologi, se potesse scegliere un'altra specializzazione, sempre in campo medico, si rivolgerebbe all'area chirurgica. Questo rimanda all'idea del “chirurgo” che taglia, guarisce e, quindi, salva la vita, ovvero ad una fantasia magico-onnipotente. Tali fantasie vengono attivate anche dalla richiesta, spesso implicita, che il paziente oncologico terminale, in questo contesto e nonostante tutto, rivolge all'operatore: «Non farmi morire».

Il senso di onnipotenza come compensazione e la successiva frustrazione nel doloroso confronto con la realtà possono essere visti come analoghi alla sensazione di impotenza che ogni analista ha sperimentato di fronte a certe richieste magiche dei pazienti del tipo “spiegami”, “dimmi il perché”, “dimmi cosa devo fare”. Chi non ha pensato in certi momenti, di fronte a situazioni di stallo o di estrema sofferenza dei propri pazienti, che un altro terapeuta, magari più bravo, di sesso diverso o di formazione differente, avrebbe potuto essere più adeguato?

Di fronte a questa frustrazione, come afferma Louis-Hoffmann [6], nell'esperienza analitica è, invece, importante solo la discreta presenza dell'*altro*, non tanto il *fare* o il *dire*. Qualcosa di simile avviene nel lavoro con i pazienti terminali di cancro: ovviamente la fine del percorso sarà differente, però, è fondamentale per l'operatore, come per l'analista, cogliere il proprio percorso interiore, divenendo, così, consapevole di quanto accade dentro di sé per poter rispondere al paziente. Lo strumento dell'analisi, ma anche quello delle cure palliative, è la “messa in gioco” dell'operatore: la sua individualità, la sua presenza attiva o passiva. Da quando la medicina palliativa ha assunto una preponderanza di assistenza globale (sostegno medico, infermieristico, sociale e psicologico con supervisioni e controllo del *burn-out*) si è osservato che il consumo di oppiacei in relazione al sintomo dolore è crollato come quantità: attualmente si usano, in media, dosaggi di morfina cloridrato di 10-20 mg al giorno, rispetto a quote 5-10 volte superiori, usate nella terapia “classica” del dolore.

Nel corso della discussione in *équipe* dei casi, l'operazione fondamentale risiede nell'esperire ed elaborare in assetto di gruppo le emozioni e le reazioni che il lavoro produce: emergono angoscia, rifiuto, esaltazione ed ogni altro vissuto legato al proprio mondo interno o alle difficoltà nella relazione con il malato ed i familiari. Può accadere che tra operatore e paziente terminale si instaurino rapporti confidenziali, quasi di amicizia; si crea, così, uno scambio bilaterale, un doppio canale, per cui anche l'operatore è legittimato a portare nella relazione i propri contenuti problematici. Tali relazioni amicali hanno sicuramente un valore positivo per il paziente e, quindi, una “utilità sociale”, ma possono essere let-

te anche sotto il registro dell'elaborazione di una *finzione* vitale sia per il paziente che per l'operatore. Entrambi, infatti, usano il *come se*: *come se* fossero tutti e due sani, *come se* l'amicizia potesse durare nel tempo. Questa relazione di "amicizia", invece, è sicuramente sbilanciata, asimmetrica, perché l'operatore, comunque, è sano e spesso usa questa "strategia finzionale" per fuggire l'angoscia di morte. Per entrambi si tratta di un'illusione di rapporto che consente di negare il doloroso confronto con la realtà della morte.

In altri momenti, l'operatore può sentirsi l'*unico* in grado di tollerare e fronteggiare una situazione estrema mostrando così un'istanza di superiorità al servizio di un'utilità sociale. Il senso di superiorità, fonte di gratificazione, può "sostenere" in un compito così gravoso. In certe situazioni, l'operatore può sentirsi, in modo onnipotente, colui che ha gli strumenti per decidere una "buona" o "cattiva" morte: la sua disponibilità in termini cronologici e la possibilità di somministrazione, più o meno tempestiva e sollecita, di oppiacei può influenzare la qualità di vita di chi, di vita, ne ha poca.

Esistono, inoltre, situazioni in cui vengono giocate molteplici *finzioni* per negare e/o rimuovere l'angoscia che la *propria morte*, vista negli occhi dell'*altro*, attiva nell'operatore: lo stringere eccessive alleanze e confidenze con i familiari, il dedicare più tempo al coniuge, con la pur valida scusa di sostenerlo, il discorrere sempre, o quasi, col paziente di argomenti che esulano dal problema specifico e, infine, le fughe in avanti verso la *vita*. Il riuscire a leggere queste dinamiche sia nelle riflessioni tra sé e sé, sia negli incontri mensili con l'*équipe*, sia nelle supervisioni rappresenta per l'operatore un momento di crescita individuale che migliora la qualità dell'intervento.

Per concludere, come per l'analista anche per il palliativologo, offrire un sostegno è un modo per aiutare a sopportare e, nello stesso tempo, a resistere a qualcosa di penoso. Nell'ottica delle *situazioni estreme* [4,10] questo rappresenta un tentativo di dare un *sensò* alla più profonda *mancaza di sensò*.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. CAROTENUTO, A. (1988), *La nostalgia della memoria (il paziente e l'analista)*, Bompiani, Milano.
4. GRUBRICH-SIMITIS, I. (1979), Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma, *Psyche*, 33: 991-1023.
5. GUY, J. D. (1987), *The Personal Life of the Psychotherapist*, tr. it. *La vita privata e*

professionale dello psicoterapeuta, Centro Scientifico Editore, Torino 1994.

6. LOUIS-HOFFMANN, L. (1990), *L'incontro del terapeuta con se stesso*, *Indiv. Psychol. Doss.*, II: 145-155.

7. MILLER, A. (1989), *Il bambino inascoltato*, Bollati Boringhieri, Torino.

8. NIEDERLAND, W. G. (1965), *The Ego and the Recovery of Early Memories*, *Psychoanal. Questions*, 34: 564-571.

9. PAVESE, C. (1943), *Poesie*, Einaudi, Torino.

10. SCHATZMAN, M. (1973), *Soul Murder*, Allen Lane, London.

Giorgio Tubere
Via Giusti, 20
I-18038 Sanremo (IM)

Sandra Macchiarini
Via Cannero, 11
I-20159 Milano