

GABRIELLA MORASSO

PREPARAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ALL'INTERVENTO MUTILANTE

L'idea di salute, intesa come armonico equilibrio psiche-soma, è correlata con una serie di concetti, quali sentimenti di vitalità, di forza, di sicurezza, di capacità di rendimento, di riproduzione, ecc.

L'insorgere della malattia rompe questo equilibrio, in quanto il soma viene percepito come peso, come sofferenza, come limitazione, come fonte di insicurezza.

Quando la malattia somatica assume andamento cronico, la perdita di speranza nella possibilità di recupero altera, spesso profondamente, la personalità di colui che ne è affetto.

Ciò è vero in misura particolare per i pazienti oncologici e non di meno anche per i medici che li curano.

Ansia e depressione sono le risposte al senso di perdita delle capacità vitali e alla paura della morte per gli uni, all'incertezza nel ruolo di dispensatore di salute per gli altri.

Ciò si può riscontrare soprattutto nel caso di interventi mutilanti (a qualsiasi parte del corpo o funzioni del corpo, inteso anche come persona, si riferiscano), generatori di problemi complessi, che ognuno degli individui coinvolti necessariamente affronta in modo diverso.

Connessi alla mutilazione esistono infatti valutazioni coscenti più o meno razionali e significati simbolici, più o meno individuali.

In ogni caso per il malato sarà necessaria una riorganizzazione della relazione con il proprio corpo che assume, oltre a mutazioni di aspetto o di funzione, anche il significato espressivo di un'insicurezza drammaticamente vissuta.

La presenza di questo argomento tra i problemi generali della medicina, ne comporta la collocazione in una dimensione non solo psicologica ma anche etica, cui occorre rifarsi in quanto ispiratrice di una medicina globale rivolta a « persone ».

Formuliamo queste considerazioni per indicare quanti livelli del sentire dell'essere vengano attivati di fronte alla prospettiva di una mutilazione: quello che vorrei cercare di descrivere è come si possa pervenire ad affrontare la situazione in termini realistici attraverso un processo di elaborazione.

In termini di psicologia individuale si potrebbe parlare in questi casi di inferiorità d'organo, soggetta a minimizzazione o esasperazione, secondo l'influenza del contesto ambientale e umano.

Occorre una premessa: dire preparazione psicologica del paziente all'intervento mutilante presuppone già l'essere pervenuti alla formulazione di un giudizio di valore che riguarda l'esistenza, la possibilità o meno di sopravvivenza, la necessità della mutilazione, la morte.

Ritengo importante sottolineare ciò, perché è questo processo di elaborazione a condurre il medico a riconoscere in quel certo intervento l'unico in grado di salvare o prolungare la vita di una persona.

Il medico che perviene a questa conclusione (attraverso la formulazione della diagnosi e l'individuazione della terapia) si trova a doverla integrare nel suo bagaglio emotivo, per poterla poi trasformare in proposte operative al malato.

Si insiste molto sulla richiesta di aiuto psicologico ed accade che il medico richieda l'aiuto dello psicologo quando, dovendo intervenire demolitivamente nei confronti di un malato, cerca, peraltro, di rendergli meno traumatizzanti, per quanto possibile, la diagnosi, l'assunzione di decisioni sulla condotta terapeutica, le nuove condizioni della terapia, il tipo di intervento, ecc.

Sarà allora lavoro comune di entrambi (medico e psicologo) il processo di approccio al paziente, la comunicazione di ciò che quest'ultimo può accettare senza intaccare gravemente la sua speranza di vita, la trasmissione di istanze di vita, il modo in cui queste possono trovare sbocco.

Tutto ciò può trovare attuazione quando vi sia il tempo per discutere e non si debba agire sotto il pungolo dell'urgenza.

Ma anche in questo secondo caso sarà la sicurezza del medico, intesa come certezza di dare la migliore assistenza possibile, a consentire al malato di accettare risultati anche demolitori.

A volte la paura di provocare stati depressivi e disperazione nel malato, con conseguenze disastrose sia sul piano fisico che emotivo, può portare il medico a considerare più opportuno evitare di parlare apertamente al malato.

Lo psicologo può indubbiamente dare un contributo, ma ciò che ne risulta deve essere un qualcosa di più ricco di una semplice preparazione psicologica fatta di parole e di rappresentazioni. Un qualcosa che corrisponda ad una esperienza concreta di sostegno, vissuta giorno per giorno, in un clima di disponibilità, attraverso un rapporto costruttivo con i curanti.

Questo perché si è potuto constatare, a seguito di vari tipi di esperienze, che le psicologizzazioni, cioè il voler ricondurre tutto a una dimensione esclusivamente psicologica, sono scarsamente produttive, talora addirittura fonti di danno iatrogeno. Come, del resto, altrettanto deludente può essere il porre la psicologia al diretto servizio di una specifica volontà, come potrebbe essere lo psicologo al servizio del medico che intende convincere il paziente di un qualcosa.

Il fenomeno non si diversificherebbe grandemente, estremizzando, dalla pratica della psicologia della vendita.

In questa luce, credo che sarebbe assurdo dire che un paziente possa essere preparato a un qualcosa « da un punto di vista psicologico ».

Credo possibile invece aiutare delle persone a meglio comunicare tra loro mentre si appropriano di funzioni che dovranno esercitare.

Le funzioni cui faccio riferimento riguardano: il malato che dopo l'intervento si troverà con una mutilazione, il medico che lo cura e che dovrà continuare a riconoscerlo come suo paziente anche dopo l'intervento, i familiari, lo psicologo, che entra in questo contesto e che dovrà anche essere preparato ad uscirne quando il suo intervento non sia più necessario.

Da un tema così preciso come la preparazione psicologica del malato a un intervento demolitore siamo scivolati a parlare del coinvolgimento del curante.

Crediamo di poter affermare che in effetti solo il coinvolgimento dei curanti può assicurare una più valida corrispondenza dei malati. Ogni medico conosce la propria personale risposta di fronte al cancro e alla morte. D'altra parte gli stereotipi socio-culturali nei confronti della malattia tumorale condizionano negativamente tutti noi.

Sovente l'iter universitario e la pratica medica quotidiana rinforzano ulteriormente gli atteggiamenti negativi.

Il medico abituato a vedersi come « uno che cura e che guarisce » è abituato a considerare la morte un avversario da combattere: essa diventa la manifestazione lampante del suo insuccesso personale e professionale.

Il medico, del resto, da cui dipende la possibilità di mutilare il corpo del paziente, può facilmente essere percepito, nella immaginazione del malato, come un pericoloso giudice che esercita potere di vita o di morte. Talvolta, invece, la concreta, visibile rimozione di un tessuto o di un organo malato viene percepita come una « cura tangibile »: in questo caso il medico assume le sembianze di un salvatore benevolo ricco di buoni poteri.

In entrambi i casi il malato si sente insicuro e bisognoso di una dipendenza assoluta: egli teme l'abbandono, da parte dei familiari, del medico, degli amici.

Ho voluto descrivere il particolare contesto emotivo che esiste « intorno al cancro » perché ciò è imprescindibile per affrontare concretamente il problema. Cito testualmente dal volume « Protesta in grigio »: « La psiche del singolo è adlerianamente sempre proiettata in avanti, come matrice di ipotesi, progetti, azioni, ripiegamenti di fuga ».

Quando un complesso di inferiorità ha ormai preso corpo, la volontà di potenza si rassegna e cerca di creare artifici per restare a galla o almeno per fingere una sopravvivenza secondo un inquadramento di se stesso e degli altri che è quasi sempre un « come se », ossia una visione condizionata.

Nel nostro caso il come se sta per: come se ... il mio corpo fosse sempre lo stesso, come se ... fossi guarito; il condizionamento è la malattia.

I trucchi compensatori sono spesso delle finzioni improduttive che a volte peggiorano la situazione e sono causa di depressione.

Un esempio banale: l'abuso di profumo da parte dei colostomizzati che compensa più che altro la loro paura di essere scopertamente malati di cancro. Anche la stessa ricostruzione plastica delle mammelle spesso non

viene accettata e ancora meno le protesi mammarie.

In questo clima emotivo l'approccio con il malato non dovrebbe mai essere eccessivamente responsabilizzante, tendente cioè alla massima autonomia; è preferibile invece un rapporto accettante, tale da comunicare protezione e sicurezza: la sicurezza di sapere che tutto ciò che potrà farsi, verrà fatto; la sicurezza di poter trovare in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo chi è pronto ad aiutarlo a superare situazioni critiche.

Concretamente e concludendo, qual'è il miglior approccio al malato, dalla diagnosi di tumore alla riabilitazione intesa anche come riabilitazione psicologica? Appoggiandosi al terapeuta il paziente comincia a porsi in modo più corretto di fronte alla realtà; può infatti iniziare ad accettarla per quella che è, ma soprattutto comincia a vincere quelle reazioni di ansia che gli impedivano di porsi costruttivamente nei confronti della situazione.

Questo approccio, come dicevo, non fa ricorso all'interpretazione, ma può sottolineare la reazione tra la situazione fisica e l'andamento della situazione emotiva, spingendo il paziente a verbalizzare le proprie difficoltà psicologiche e a riviverle nella situazione medico - paziente.

Ai medici, poi, occorre far capire che migliorare la qualità della vita non è necessariamente negare la malattia: è riconoscere il diritto dei malati ad essere il più possibile come gli altri durante e dopo la loro malattia e che, se informare è indispensabile, servirsi dell'informazione come di un'arma offensiva, di un mezzo per rassicurare se stessi o sbarazzarsi di una responsabilità troppo pesante, è andare contro i veri bisogni dei malati.

Più che il contenuto dell'informazione ciò che conta è l'intenzione di colui che informa.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS R.D., FINESINGER J.E.: Guilt reactions in patients with cancer - *Cancer* 6, 474-478, 1953.
- ABRAMS R.D.: The patient with cancer. His changing patterns of communication - *Amm. N.Y. Acad. Sci.* 164, 881-887, 1969.
- ACHTÈ K., VAUHONEN M.: Cancer and psych. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki Univ. Central Hospital - N. 1, 3-44, 1970.
- ADLER A.: *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo* - Newton Compton E., Roma, 1975, trad. F. Parenti.
- AITKEN SWAN J., EASSON E.C.: Reactions of cancer patients on being told their diagnosis - *Brit. Med. J.* 779-783, 1959.
- BALINT M.: Comment comprendre le malade - *Rev. Med. Psychosom.*, 72, 1970.
- GILBERTSEN V.A., WANGESTEEN O.W.: Should the doctor tell the patient that the disease is cancer? - *American Cancer Symposium*, 1961.
- Mc HINTOSH J.: Patient's awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease - *Lancet* II, 300-303, 1970.
- MOSES R., CIVIDALI M.: Differential levels of awareness of illness: their relations to some salient factors in cancer patients - *Amm. N.Y. Acad. Sci.*, 125, 984-994, 1960.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base adleriana* - Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., PAGANI P.L.: *Protesta in grigio* - Editoriale Nuova, Milano, 1980.
- SCHANDS H.C., FINESINGER J.G., COBBS S.: Psychological mechanism in patients with cancer 4, 1159-1170, 1951.