



INTERVENTI DI SUPPORTO PSICOLOGICO E PSICOTERAPEUTICO AI PAZIENTI ONCOLOGICI E AI LORO FAMILIARI

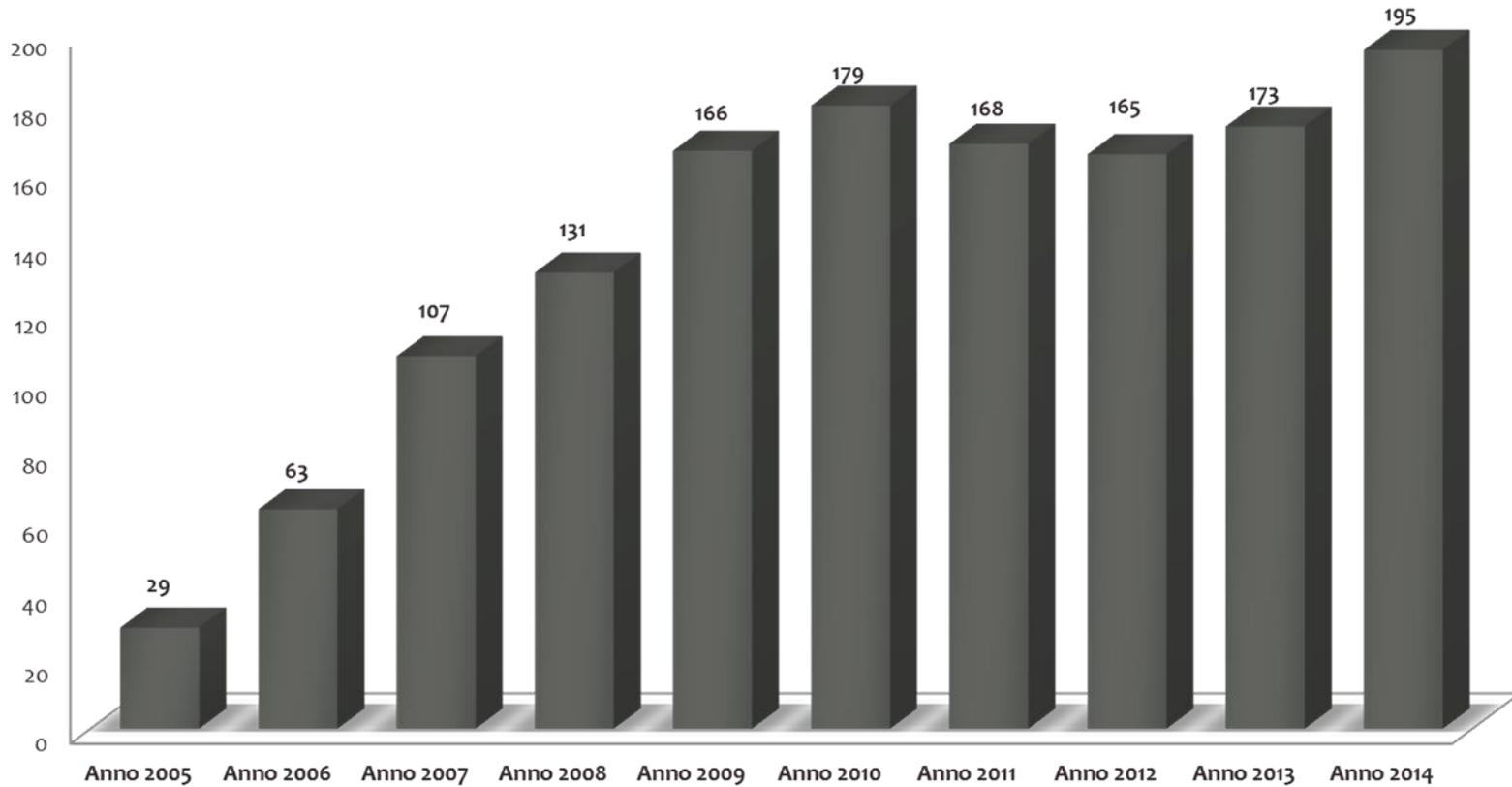
Chiara Baiamonte

L'esperienza presso il Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA IN AMBITO OSPEDALIERO*

*Attività svolte in regime di convenzione tra il
Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e
il Policlinico Universitario S.Orsola-Malpighi

Pazienti seguiti



1° Colloquio di accoglienza e presa in carico

```
graph TD; A[1° Colloquio di accoglienza e presa in carico] --> B[Somministrazione batteria testologica (GHQ-12; HADS; MSPSS; CISS)]; B --> C[Ciclo di 4 colloqui di sostegno psicologico (variabili a seconda delle necessità)]; C --> D[Psicoterapia];
```

Somministrazione batteria testologica
(GHQ-12; HADS; MSPSS; CISS)

Ciclo di 4 colloqui di sostegno psicologico
(variabili a seconda delle necessità)

Psicoterapia

I TEST

- ✓ **GHQ-12** (General Health Questionnaire-12) di Goldberg → valutazione della salute generale e del grado di distress del paziente
- ✓ **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale) di Zigmond et al. → valutazione dei livelli di ansia e depressione
- ✓ **MSPSS** (Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito) di Zimet et al. → valutazione del sostegno sociale percepito
- ✓ **CISS** (Coping Inventory for Stressful Situation) di Endler e Parker → valutazione dello stile di coping (orientato al problema, emotivo, di evitamento)

Una premessa

LE STORIE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

In alcune storie di pazienti oncologici la diagnosi di cancro interrompe un viaggio, quello della vita

Il malato riprenderà il suo viaggio, ma non percorrerà la strada della vita con un volo diretto.

Una premessa

LE STORIE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Altre storie sono invece contrassegnate da sforzi ricolmi di speranza, perché anche nella malattia, c'è vita.

Tuttavia il percorso per ritrovare la «vita» anche nella malattia non può e non deve essere intrapreso nella solitudine.

«Sovente, durante il primo impatto con la malattia, mi è capitato di sentirmi come una pallina di biliardo. Era come se qualcuno mi avesse tirato un colpo, facendomi partire e sbattere da una parte all'altra, senza sapere dove e come potermi fermare. E' stata una esperienza lacerante, tanto da farmi scoppiare il cuore e la testa. E' una esperienza comune a tutti i malati di cancro. Ed è qui che ho compreso l'importanza dell'ascolto e dell'essere ascoltati, quindi la rilevanza della relazione tra noi ed il medico, interlocutore unico e privilegiato nel momento della diagnosi.»

«...Purtroppo, l'esperienza di molti pazienti insegna come la comunicazione sia difficile. Prevalde il codice del medico, come se fosse il codice di un clan, che sostiene il medico nel suo agire, dicendogli: «Domani tu farai la stessa cosa»; così si finisce per essere un po' tutti uguali, ciò che conta è la patologia da attaccare e guarire. E' un codice che certamente «protegge» dalle ansie suscitate da una malattia così angosciata, ma sicuramente separa dalla persona, colui o colei che in quel momento ha bisogno di condividere, attraverso una relazione, la paura dell'ignoto...Il medico dovrebbe essere capace lui stesso di relazionarsi con tutti gli attori e, tra questi, anche lo psicologo, che non può certo essere visto come una comparsa, ma anch'egli è un protagonista indispensabile»

A. Mancuso (Presidente «Salute donna» in Introduzione a Psico-oncologia: una prospettiva relazionale, a cura di E.Saita, Ed Unicopli, 2009)

Una premessa

LE STORIE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Alla domanda, che diventa centrale, relativamente a come è possibile essere di aiuto a coloro che attraverso la malattia oncologica soffrono nel corpo e nell'anima attraversando reali vissuti di perdita fisica e psicologica, la risposta è davvero molto semplice ma meno facilmente attuabile e percorribile a volte negli interventi psicologici: non lasciarli soli.

Una premessa

LE STORIE DI PAZIENTI ONCOLOGICI

Occorre restituire integrità al concetto di “persona malata”, realizzando su nuove basi un’“alleanza terapeutica” nel segno della complementarità.

La complementarità dell’ascolto del “contenuto della memoria” e dell’esame della “materia del corpo”.

Medico, psicoterapeuta e paziente, quali compagni di viaggio nell’esperienza della malattia

Interventi psicoterapeutici in psico-oncologia

Due grandi categorie: interventi cognitivo-comportamentali e interventi ad orientamento psicodinamico/psicoanalitico o esistenziale.

L'approccio che condividiamo presso il Servizio del S.Orsola è ad orientamento psicoanalitico.

Gli interventi possono essere individuali o di gruppo, rivolgendosi ad un singolo paziente o a più pazienti contemporaneamente.

La figura dello psicoterapeuta

Tutti gli interventi psicoterapeutici si basano su un «rapporto umano», il rapporto terapeuta/paziente o «relazione terapeutica», che è la relazione che cura ma è la meno misurabile scientificamente della terapia, ed è anche la parte più «artigianale» ma «umana» della formazione del professionista.

La figura dello psicoterapeuta

- preparazione adeguata in oncologia
- qualità umane oltre che competenze scientifiche
- esperienza di formazione personale continuativa e di supervisione clinica
- lavoro personale di rielaborazione dei propri nodi traumatici più intensi

Per evitare di incorrere in meccanismi difensivi nell'incontro con gli intensi nuclei di dolore e di perdita del paziente.

I «luoghi» della perdita dei pazienti oncologici

Il dolore psichico che ne deriva si avvicina alla “disintegrazione” che si ha pensando alla propria morte, che porta la mente “al limite della follia” (Cancrini, 2002).

Le «stanze» della perdita dei pazienti oncologici

Il *luogo della perdita*: una 'stanza' interna, che ha gradi diversi di rappresentabilità, memoria, consapevolezza, narratività (a seconda del tipo di malattia e perdita reale o temuta e delle sue circostanze, della fragilità o della resilienza personale, ecc..).

stanze 'vuote', dove alberga un dolore psichico di tipo persecutorio e dove i processi psichici sono quelli propri del trauma

stanze 'della memoria', dove alberga il dolore depressivo.

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

E se differenti sono le stanze, diversa è in parte, anche la funzione terapeutica

La mente umana a volte non riesce a tollerare la malattia, ed il corpo malato, che viene avvertito come oggetto cattivo e persecutorio. La patologia oncologica diviene allora un forte agente traumatico, e la stanza del dolore una *cripta - luogo psichico dissociato*.

Il dolore mentale viene rinchiuso in un luogo psichico per non essere sentito e ricordato, ma che se sollecitato da eventi interni ed esterni torna riattivandosi “improvvisamente” (durante gli esami medici, i trattamenti, le recidive, alla comparsa di sintomi o effetti collaterali).

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

In altre persone la patologia oncologica può generare un *dolore depressivo*

Dentro la mente in uno spazio psichico parallelo – resta una stanza dove si ritrova il se stesso/se stessa prima della malattia– oggetto interno buono, pur ritrovando anche il dolore della sua perdita.

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

L'aiuto psicoterapeutico è il sostegno per entrare in queste “stanze”, nelle quali il terapeuta entra in punta di piedi, con disposizione mentale – professionale ma prima ancora, personale – alla permeabilità e all'accoglienza di proiezioni e vissuti quasi intollerabili, nel riconoscimento e l'accettazione del limite.

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

I fatti relativi alla malattia sono imm modificabili, ma il loro senso non è fissato una volta per tutte ed è possibile lavorare su di esso, per il presente e per il futuro

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

Quando la malattia/perdita è trauma – come nelle *stanze 'vuote'* - il lavoro terapeutico è rivolto a tradurre il vissuto traumatico legato all'evento patologia oncologica in pensieri e parole

La «funzione terapeutica» nel sostegno alle persone con malattia oncologica

Nelle *stanze 'della memoria'* gli interventi veramente consolatori sono l'affiancare, il condividere, il ricordare insieme trovando le parole per narrare la malattia, i trattamenti, la paura della morte e il dolore.

Vissuti controtransferali del terapeuta

Il *controtransfert* per il terapeuta è a sua volta doloroso, ma fondamentale è valorizzare gli strumenti che derivano dall'*osservazione partecipe* e dalla *condivisione empatica*.

Lavorare a lungo e spesso con questo tipo di situazioni dolorose e traumatiche mette a nudo i *nodi traumatici del terapeuta* stesso, lo lascia vulnerabile ed esposto sia ai pericoli narcisistici del ruolo di “salvatore” sia a quelli dell'angoscia esistenziale.

Vissuti controtransferali del terapeuta

- attraversare i propri stati d'animo legati alla perdita e alla disgregazione
- sentire che il dolore che esprimono questi pazienti non gli è del tutto estraneo e sconosciuto
- continuare a pensare che il dolore può trovare un luogo nel quotidiano ed essere utilizzato come mezzo di comunicazione con l'altro

(Ferruta, 2007).

L'impatto traumatico del cancro

La diagnosi di tumore è vissuta come un pericoloso verdetto: compromette la percezione di integrità dell'individuo e minaccia il senso di continuità psicofisica della persona.

La sola parola «cancro» richiama l'idea della morte

L'impatto traumatico del cancro

La patologia muove un doloroso lavoro mentale dentro la storia di ogni persona.

- «nuova temporalità»: scandita da accertamenti e cure.
- Modificazioni indotte dalla malattia nei rapporti con i familiari e la rete amicale.
- Obbliga a rapporti con gli operatori della salute, il personale medico infermieristico, ma anche con i «compagni di sorte», che sono in una analoga situazione di malattia.

L'impatto traumatico del cancro

- *Percezione del dolore* nei pz oncologici varia da 14% al 100% con tassi più alti in cancro metastatico
- *Sensazione di stanchezza* connessa a cancro va da 4% al 91% a seconda della tipologia e stadio
- Tra il 15% ed il 25% dei pazienti si riscontra una *depressione* clinicamente rilevante
- La diagnosi di cancro comporta sempre vissuti di *paura, terrore*, insieme a vissuti di *impotenza*.

L'impatto traumatico del cancro

Tali reazioni e il rischio di morte connesso a molte forme tumorali, permettono di classificare il cancro quale *evento traumatico*.

In effetti, sintomi simili a quelli tipici del disturbo post traumatico da stress (PTSD), quali intrusione ed evitamento, possono essere comuni ma anche stabili nel tempo.

Nodi traumatici nelle storie dei pazienti oncologici

- Dire e non dire: la comunicazione nella malattia
- I vissuti dei familiari (coniuge, figli, genitori, amici)
- Il dolore, le paure, il senso di impotenza (proiezioni e identificazioni proiettive)
- Reazioni rabbiose
- Chemioterapia e trattamenti che debilitano corpo e mente
- Le mutilazioni e le cicatrici corporee (e psichiche)
- La perdita della fertilità (pz e genitorialità simbolica)
- I vissuti dei genitori di bambini molto piccoli , i «cattivi» genitori
- Adolescenti e giovani adulti e patologia oncologica , una vita «bloccata»
- Elaborazione del lutto , per il pz stesso e per chi resta
- Ricominciare dopo la malattia

Bibliografia

- Ardino V. (2009), *Il disturbo post traumatico nello sviluppo*, Ed. Unicopli, Milano
- Bastianoni P. e Baiamonte, C. *Lutto, perdita e trauma: il processo di elaborazione del lutto*, in *Uno sguardo al cielo. Elaborare il lutto*, Bastianoni P. e Panizza P. (a cura di), pp.15-30, Ed Carocci, 2013
- Bastianoni P., Panizza P. (a cura di) (2013), *Uno sguardo al cielo. Elaborare il lutto*. Carocci Editore
- Cancrini T. (2002), *Un tempo per il dolore*, Bollati Boringhieri, Torino
- Correale A. (2010), *La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma*. "Comprendre", Vol. 20, 52-65
- Costantini A., Grassi. L, Biondi M. (1998), *Psicologia e tumori*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma
- Costantini A., Grassi. L, Biondi M. (2003), *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Ferruta A.(2007), *Cambiamento nell'immagine etica dell'uomo? Memoria e funzione mitica*, in "Rivista di Psicoanalisi", LIII, 2, pp.529-38
- Ferruta A. (2008), *I transfert. Cambiamenti nella pratica clinica*, Borla.
- Fornari F. (1985), *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Milani F., (2009) *Storie di psico-oncologia". Racconti e riflessioni tra medicina e psicoanalisi*, Aguaplano Ed.,
- Saita E. (a cura di) (2009), *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale*, Ed.Unicopli
- Società Italiana di Psico-Oncologia (2011): *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica* in "Giornale Italiano di Psico-Oncologia, Vol.13, N.2/2011