

Caterina Corea

## **Ammalarsi di dolore**

Il corpo è l'espressione dell'armonioso equilibrio che lega tutte le sue parti (Barbaro, 2007). Come possibilità di conoscenza, di contatto con il mondo e con gli altri, è un elemento centrale nella costituzione e concretizzazione della nostra identità. Corpo e mente non sono due mondi separati, ma costituiscono piuttosto un continuum funzionale inscindibile: la sfera somatica e quella psicologica, strettamente interconnesse, sono da intendersi non come due entità distinte, ma come diversi livelli di integrazione del nostro organismo (Panieri, 2007).

Il dolore è il sintomo più comune della malattia che segnala il rischio di perdita dell'integrità psicofisica. Ma se questo è vero nelle malattie acute non lo è nelle patologie croniche, quando il dolore perde la sua funzione di "sentinella" e diventa esso stesso malattia, causa di sofferenze inutili e umilianti. In talune manifestazioni di dolore cronico, il paziente è costretto a vivere e occuparsi solamente della propria dimensione interna. L'esperienza dolorosa cronica spesso significa "diventare un altro" cioè sentire e costruire un cambiamento della propria esistenza; si percepisce se stessi come un corpo dipendente da un farmaco, dai medici, dagli infermieri, da un familiare... un corpo che ostacola ed impedisce ogni progettualità. Vi sono però anche delle sindromi da dolore cronico con insufficiente o assente relazione con lesioni di tipo organico (cefalea cronica, dolore lombare continuo, dolore facciale atipico, addominale o pelvico di eziologia sconosciuta) oltre ai casi di somatizzazione dell'ansia e della depressione o di preoccupazione ipocondriaca per dolori di scarsa rilevanza.

I pazienti possono sviluppare un anomalo comportamento da malati, caratterizzato da inattività, isolamento sociale, preoccupazione sul proprio stato di salute e uso inadeguato di cure mediche.

La possibilità di intervenire sul dolore si presenta, allora, come un aspetto dell'assistenza e della presa in carico del paziente, che protegge, innanzitutto, la sua attività psichica.

Il dolore cronico sfugge ai tentativi di etichettamento ed i test di personalità non evidenziano un profilo tipico relativo ad una patologia dolorosa (Borroni, 2004). In correlazione allo stato doloroso possiamo riscontrare differenti stati clinici: depressione reattiva, ansia, paura, declino progressivo di ogni attività svolta dalla persona quindi vulnerabilità nel campo conoscitivo, affettivo e comportamentale. Pertanto, quello che non deve essere mai perso di vista nell'approccio al paziente con dolore cronico è la *persona* che si ha di fronte, con la *sua* storia, con il *suo* dolore, apparentemente inutile, ma che in realtà serve a degli scopi ed ha significati che molto spesso sono piuttosto irrazionali, illogici e inconsci.

Perseguire l'obiettivo di assicurare una dignitosa qualità della vita e quindi del livello di attività del paziente è cosa assai lodevole; dare voce al dolore, facendone oggetto di comunicazione nel contesto del rapporto clinico, umanizza l'assistenza del paziente e dei suoi familiari, così come fornire un sostegno empatico adeguato contribuisce sicuramente al fine di facilitarne il processo di accettazione della diagnosi e delle terapie.

### **Il caso di L.**

Una dottoressa del reparto di Terapia del Dolore mi telefona per parlarmi di una paziente L., che a suo dire avrebbe bisogno di parlare con me. Soffre da tanti anni di dolore cronico ano/vaginale e da qualche tempo è in cura presso di loro senza che la terapia farmacologica sortisca miglioramenti. Dopo aver dato la mia disponibilità aspetto la telefonata che arriva dopo pochi giorni ma di nuovo dalla collega che mi chiede di poter visitare la signora in reparto il primo giorno in cui la stessa andrà per la visita di controllo. Accetto; incontro la signora per la prima volta.

## I colloquio

La signora L. ha appena finito la consulenza anestesiologicala, mi aspetta in una camera sterile: è totalmente rivestita di indumenti verdi sterili; anche io d'altronde ho dovuto indossare i sopra calzari. È molto pallida; ha il viso provato ma ha uno scatto non appena entro nella stanza. Si alza in piedi e dice che mi stava aspettando superando di gran lunga la voce della caposala che si accingeva a fare le presentazioni. Dalla finestra che apriva sulla camera operatoria abbiamo ricevuto un cenno di saluto dal Primario e dalla collega che mi aveva telefonato per poi seguire la caposala che ci faceva accomodare in una piccola stanza dove di fronte agli armadietti si trova una scrivania appoggiata al muro e due sedie vicine. La paziente mi precede e sceglie la sedia che dà le spalle al muro mentre io siedo dando le spalle alla porta. “Cosa vi devo dire?” - così esordisce L. con un tono di voce tra lo stanco e il rassegnato. - “Se vuole può provare a spiegarmi come si sente...” L. inizia a raccontare che soffre da quattro anni di un forte dolore nella zona ano vaginale che le ha rovinato la vita; non sa spiegarne l'origine ma sa molto bene che è una cosa che non sopporta più. Parla con una sorta di cadenza, un lamento monotono e spento: fatico ad ascoltarla. Mi sento come intorpidita dal suono delle sue parole; faccio alcune domande con l'intento di capire se, e come, la sindrome dolorosa di cui soffre abbia influenzato in qualche modo la percezione di sé e le sue relazioni familiari e lavorative. Dice di essere una parrucchiera in pensione ma questo sembra per lei un minuscolo dettaglio, una cosa di poco conto perché senza spazi logici né temporali inizia a raccontarmi dettagliatamente delle disgrazie occorse ad alcuni dei suoi cari nel lasso di tempo immediatamente prima che lei si ammalasse; mi parla di sua figlia, la primogenita, oggi quarantenne, che cinque anni fa subì l'asportazione di entrambi i seni a causa di un tumore maligno; mi parla di suo marito che quattro anni e mezzo fa, proprio mentre “stavano combattendo per la figlia”, venne operato d'urgenza per diverticolite. Quasi attonita mi comunica che sia la figlia che il marito passarono il calvario di due diagnosi sbagliate negli ospedali regionali prima dell'intervento chirurgico cui entrambi si sottoposero in alcune strutture milanesi. Poi parla del figlio minore: parla di lui in maniera dispiaciuta, dice che ha 34 anni vive a casa e lavora saltuariamente. Mentre penso ai grandi dispiaceri che questa signora ha avuto negli ultimi anni, la stessa con fare candido mi dice di essere anche lei un'operata al seno: si è ammalata di cancro due anni fa, ha subito l'asportazione del seno sinistro e sta ancora facendo la chemioterapia. La guardo attentamente mentre si toglie dalla testa la cuffia verde e posso chiaramente vedere che quelli che al di sotto mi sembravano capelli arruffati in realtà era un foulard accartocciato. Riceve nel frattempo la telefonata del figlio che è venuto a prenderla e mi dice che deve andare via. Provo a capire la sua disponibilità per continuare i colloqui in futuro: dice di averne necessità ma che questi dovrebbero avvenire nei giorni coincidenti con quelli della terapia per l'impossibilità oggettiva (causa dolore, chemio e orari incerti del figlio) di venire in città più volte alla settimana. Le dico che proveremo a far coincidere il tutto; ci scambiamo i recapiti telefonici e ci salutiamo.

## Il colloquio

Incontro la signora L. dopo una settimana. Vado in reparto all'ora stabilita ma la caposala mi dice che L. è in oncologia perché ha la chemioterapia; la raggiungo lì.

Mi colpisce molto vederla a letto in attesa di fare la chemio: mi dà l'impressione di uno zombie; ha un colorito grigiastro e lo sguardo vitreo e spento. Ho come l'impressione che i suoi occhi siano l'incavo senza vita di alcune statue. Le chiedo come sta e lei con la solita cadenza mi parla con rassegnazione del forte dolore che non l'abbandona mai. Mentre parla mi mostra le parti del suo corpo che più le fanno male; si scopre la schiena e poi con la mano indica la zona ano-vaginale. La vedo rianimarsi d'improvviso mentre parla del suo dolore, scende addirittura dal letto e rimane in piedi per tutto il tempo del colloquio con lo sguardo rivolto quasi continuativamente fuori verso gli alberi che abbelliscono il paesaggio. Apre la borsa e tira fuori la prescrizione del primario di Terapia del dolore e mi chiede di prendere visione della terapia prescritta: sembra quasi che voglia farmi "vedere" quanto stia male, e che il suo dolore sia proprio vero, dal numero di medicine che fa. Mi spiega dove sia posizionata la sua pompa e mentre parla si alza il maglione per mostrarmi il fianco destro e con fierezza la cicatrice; per un attimo ho pensato che volesse proprio farmi toccare quella sua parte di corpo, quella specie di "scatoletta" come la definisce lei. Le dico che deve essere difficile convivere con questo dolore 24 ore su 24 da così tanto tempo; ha un sussulto di vita a queste parole, prende colorito. Ormai è chiaro per L. che io le credo e mi guarda; con tutta la delicatezza possibile le domando se, per caso, riesce a far risalire l'inizio di questo dolore ad un momento preciso e lei pur non riuscendo a darmi una data o a ricordare il periodo dice però che tutto iniziò per una ernia del disco. Le chiedo se le va di parlargli. Mi racconta in maniera articolata di come a causa di questo mal di schiena avesse subito, circa 4 anni fa, 2 interventi in due ospedali diversi: uno in Calabria, l'altro in Puglia. In entrambi i casi l'esito post-operatorio non era stato quello sperato, o meglio, gli interventi erano andati bene ma, chissà perché, il dolore invece di scomparire era aumentato sempre di più fino a diventare insostenibile e a spostarsi anche sulla zona ano-vaginale. Mi spiega che quello che sente è una specie di palla infilata nell'ano che si gonfia e spinge; spesso crede di dover andare in bagno ma in realtà non è così; col tempo questo dolore è diventato anche bruciore ed ha interessato la vagina con forti fitte. Per questo lei non riesce a stare seduta, a volte nemmeno sdraiata, a volte nemmeno in piedi. Dice di non uscire più "dove devo andare? E chi deve venire da me?... una volta facevo tutto..." Piange, poi mi guarda e accenna un sorriso...

*cosa faceva prima signora?*

"per esempio ho fatto da sola le tende del salone; erano vecchie: ho comprato la stoffa, vedesse che bella! e le ho tagliate e cucite senza aiuto. Io non ho mai avuto paura della fatica, anzi di giorno lavoravo poi facevo a casa, la sera preparavo per l'indomani e la notte mi dedicavo al cucito... so fare tante cose ma ora non ce la faccio più... Mi piacerebbe lavorare ancora nel mio giardino... era bello il mio giardino! Ora è pieno di erbacce, proprio incolto. Mi piacerebbe che mi aiutasse mio figlio a curarlo perché, dottoressa, da quando non lo curo è diventato selvaggio"... senza pause continua a parlarmi di questo giardino, ride di gusto mentre mi spiega tutte le cose che ha fatto fino a quando diventa seria di nuovo dicendomi che vorrebbe insegnare al figlio che nel lavoro del giardinaggio si deve fare ogni giorno un passo avanti altrimenti arriva il vento e disordina tutto e poi si deve ricominciare senza sapere se si potrà mai finire...

*un po' come nella vita dico io...*

Annisce, sorride, ha lo sguardo vivo, ormai la chemio è pronta.

### III colloquio

L. mi aspetta nello stanzino del reparto. Come era già successo, mi telefona due volte nell'ora immediatamente precedente all'appuntamento. Essendo all'inizio sempre molto silenziosa per prima cosa mi informo del suo stato di salute: il dolore non è passato e nemmeno diminuito.

Racconta di aver vomitato nella macchina del figlio questa mattina e che lui "ora è andato sicuramente a lavarla, gli ho dato i soldi, e poi andrà a prendere la nonna al paese".

*Nonna...*

"E' mia madre, rimarrà a casa con noi come al solito otto-dieci giorni". Le chiedo se ha voglia di parlarmi un po' di sua madre e subito mi racconta che anche lei ha avuto un tumore al seno, che è stata operata, le è stato asportato ed è stata una cosa dolorosissima per tutti. Resto colpita da questa linea tri-generazionale di donne col tumore al seno mentre L. continua a raccontare di come sua figlia lavori part-time, per avere tempo di badare alla sua bambina, in un noto hotel di Milano insieme al marito che da sempre fa il cameriere lì. Si perde nei ricordi di quando i figli erano piccoli e dice che soprattutto alla grande, si dilettava a cucire i vestitini che ancora oggi, spesso, continua a guardare nell'armadio che definisce "abbandonato". L. senza accorgersene ricomincia a parlare del suo tremendo dolore e ripete quasi fino a farmelo capire che il suo è "proprio un dolore senza motivo".

*forse se guarda a com'è andata tutta la sua vita, forse un motivo lo trova...*

Piange ed inizia a raccontare di come lei, sposata da poco, abbia dovuto scegliere tra la figlia neonata e il marito, optando per quest'ultimo. Quando le chiedo di farmi capire meglio i termini di questa scelta mi dice che a quel tempo il marito, parrucchiere per uomo, era senza lavoro e così decise di partire per la Svizzera in cerca di fortuna. Fu una tragedia familiare: apprendo che all'epoca se al marito non risultavano dichiarati 18 mesi di occupazione non era consentito alla coppia di immigrati di portare con sé la prole. Chiedo che tipo di lavoro avesse trovato il marito ma L. non ricorda in che tipo di azienda lavorasse "forse di luci, lampade... no, forse no... era una di colla" (nel V colloquio emergerà che è la stessa L. ad aver lavorato in un'azienda di lampade). Passati i 18 mesi rientra in Italia per riprendersi la bambina che "a quel punto- dice- non è voluta venire con me perché voleva stare con mia mamma e i miei fratelli piccoli... mio fratello l'ultimo le passa solo 2 anni". Capisco che non vuole soffermarsi sullo stato d'animo di quegli anni e non intervengo. Continua a raccontare di essere ritornata in Italia solo dopo 7 anni, quando lei era incinta del secondo figlio. Dice di essersi data molto da fare in quel periodo mettendo a frutto tutte le sue capacità: cucire, ricamare, lavorare all'uncinetto e di aver utilizzato anche il diploma di parrucchiera ottenuto facendo un corso per corrispondenza e sostenendo poi il regolare esame. Chiedo che tipo di lavoro facesse nel frattempo suo marito: "nessuno- risponde- si è messo a studiare per fare l'infermiere e così nel giro di tre anni ci siamo sistemati".

### IV colloquio

Questa volta la signora era certa che sarei andata, infatti non ricevo nessuna telefonata. L'ambulatorio del reparto era chiuso, pertanto facciamo il nostro colloquio nel corridoio che comunque è veramente molto tranquillo perché non è un posto di passaggio. L. rimane col cappotto fino a 10 minuti prima di concludere. Obiettivamente la trovo molto migliorata e non sento la necessità di fare domande poiché è molto disponibile al colloquio, è presente, ed in totale libertà, dopo alcuni minuti passati a scherzare sul fatto di trovarci in quel posto, mi parla della sua famiglia d'origine, dice che è la prima di sei fratelli, sono tre sorelle e tre fratelli ma si sofferma in modo

particolare sulla storia del fratello più piccolo. Vive a Milano da tanti anni e lavora, rivestendo un posto di prestigio, presso una grande azienda (forse una banca). Racconta di come circa due anni fa, quest'ultimo, si sia sposato e di come il suo matrimonio sia durato pochissimi giorni, 8 per l'esattezza. L. è totalmente presa dall'emozione mentre racconta questi fatti: suo fratello, come dirigente aveva vinto un viaggio premio a Cuba dove conosce la ragazza che poi sposerà; lei molto carina ma con un carattere "particolare" dice L. "l'avevamo conosciuta perché l'ha portata a casa"; laureata ma molto povera ha fatto di tutto per sposarsi; "mio fratello le ha fatto trovare un bell'appartamento a Milano, le ha comprato tutto anche per la cerimonia che hanno fatto al paese da noi e dopo 8 giorni lei ha cominciato a dire che aveva nostalgia della madre e che voleva assolutamente ritornare a casa sua; può immaginare eravamo distrutti e poi anche io venivo da un periodo difficile, appena operata, ma non abbiamo fatto mancare nulla!". Quando chiedo come si è sviluppata la vicenda L. dice che si sono separati e che lei è partita poi aggiunge ridendo: "l'anno scorso è partito di nuovo per Cuba e non si è fidanzato con un'altra cubana? Ma dico io!"

*Avete conosciuto anche lei?*

"Sì, è una cara ragazza, che vuole, ognuno deve fare la sua strada...mio padre è morto due anni fa".

*Le va di parlarmene?*

"Era un uomo buono, severo, certo un po' distante, ma buono. E' morto di Parkinson ma dopo tanti anni... sa perché? Grazie ad una mia nipotina, che oggi ha 12 anni, figlia di mia sorella che è rimasta al paese. Tutti dicevano che sarebbe morto presto, che era disorientato, invece con la piccolina, poteva avere uno due anni, lui era dolce la teneva per mano e anche se mia madre lo controllava dalla finestra per vedere che non si allontanassero le posso assicurare che lui era molto attento... sì, quella bambina, gli ha fatto bene".

## **V colloquio**

Incontro L. a distanza di due settimane; mi aspetta nel corridoio e capisco che qui si sente più libera. E' sofferente e mi racconta di alcuni disguidi avuti col primario per il giorno dell'appuntamento in cui avrebbe dovuto fare un'ecografia per la ricollocazione della pompa. Ride mentre mi racconta di aver dato una rispostaccia "mi è scappata..." Fa il paragone con gli ospedali di Milano dove c'è più attenzione al paziente e anche se si fa ritardo all'appuntamento qualcuno telefona. Racconta di come è stata male col dolore, col bruciore, "perché dottoressa non riesco nemmeno a dormire... e se riesco per qualche ora, quando mi sveglio io si sveglia il dolore". Parliamo della necessità di prendere "qualcosina" per riposare ma L. è totalmente avvilita poiché dice che suo marito si è accorto che neanche la morfina le fa effetto. Emerge la tematica del suicidio, parla di come vorrebbe farla finita salvo poi affermare "forse sono vigliacca, non riesco nemmeno a fare una pazzia!". Siamo interrotte proprio a questo punto da una signora che si siede accanto a noi: le dico che se vuole potremmo spostarci nella stanza dove ci siamo incontrate altre volte e acconsente. Così ci alziamo e insieme entriamo in reparto. Continua da dove aveva lasciato ovvero coi pensieri di morte che associa solo ai momenti di dolore acuto; esprime il desiderio di riuscire almeno a sopportarlo "il dolore si muove dentro di me, sembra che io devo partorire, che devo fare un figlio.."

*se ho capito ha proprio dolori da parto?*

"Brava dottoressa, pensi che quando uno deve partorire i dolori non si sopportano, quando uno deve fare un figlio i dolori non si sopportano, quando vengono le spinte... ed io ce l'ho sempre continue come devo fare? Se vado al bagno sento proprio la carne che si allarga" L. continua a raccontare il



dolore e mi mostra, come si farebbe ad un medico, tutte le parti interessate; penso che entrare in reparto abbia influenzato il suo atteggiamento.

*Deve essere davvero doloroso per lei... ma per i suoi cari... come si pongono in questa situazione?*

“Si riferisce a mio marito? Vede noi non abbiamo più rapporti da 4 anni; nemmeno mi può toccare perché se anche mi fa un massaggio ai piedi quella sensazione mi arriva come dolore qui (e mi mostra la zona vaginale). Dentro di me sento una camera d'aria e come un polmone che si muove”... Rilancio sul marito... “Lui ha preso questa malattia male, solo ora ha smesso di piangere perché non poteva vedermi così: in casa ho sempre fatto tutto io, ho gestito sempre io; certo lui lavorava e il suo compito era pagare le bollette ma per il resto tutto io... tutte le cose di casa sempre io; pensi mi ha detto “tu sei il pilastro della casa, se muori tu muoi pure io” (mi sovviene che nel corso dei precedenti colloqui, quando L. mi sembrava morta, dentro di me pensavo fosse vedova).

*Come vi siete conosciuti con vostro marito?*

Mi racconta, cambiando atteggiamento e diventando molto più serena, che all'epoca il marito era parrucchiere da uomo e facendo la barba ad un suo amico scopre che esiste il suo paese d'origine: incuriosito decide di accompagnarlo un giorno che questo va a trovare la sua fidanzata, cugina di L., la vede e si innamora subito, mentre per lei ci è voluto più tempo. Lei aveva 17 anni suo marito 20; dopo 2 anni e mezzo si sposano e lei si trasferisce dal suo paese a quello del marito “quando sei ragazza magari se vai da un paese all'altro lì per lì non ci pensi ma poi dopo sposata vedi che ti manca la famiglia e la mia è una famiglia grande, io sono la prima di sei; i miei fratelli erano piccolini l'ultimo l'ho visto nascere gli passo 17 anni, con mia figlia si passano due anni”

*Dunque se non ho fatto male i calcoli siete rimasta subito incinta?*

Ride..”Subitissimo... ci siamo coricati in due e ci siamo alzati in tre! Se avevo fatto qualche cosa prima si vedeva... me lo posso togliere il cappello ho troppo caldo?” Inizia di nuovo a raccontare di terapie e visite e di come lei sia una “peste” quando deve aspettare perché non ce la fa a stare né seduta né in piedi...e “d'altronde ai medici mica posso raccontare queste cose, ai medici non importano le mie cose”. Ride di gusto mentre mi racconta “quando ero piccola ero davvero una peste! I miei genitori volevano che studiassi, ho fatto a fatica fino alla quinta elementare anche se ora sono pentita, ma dopo la scuola io correvo ad imparare da una signora che tagliava e cuciva, io i mestieri li ho imparati tutti... poi sono stata in Svizzera e mia figlia me l'ha tenuta mia madre, ve l'ho detto che non la potevo portare, poi nel frattempo non è voluta venire con me perché voleva stare con lei e con i miei fratelli e sorelle... è stato un poco difficile, ed io nel frattempo mi sono presa il diploma di parrucchiera. Poi quando me ne sono venuta qua, mi sono aperta un negozio tutto mio perché questo era quello che volevo da ragazzina... ma i genitori una volta non erano tanto amabili che ti mandavano fuori a studiare ed io quello volevo! Ho lavorato fino a sei anni fa fino a che mia figlia si è sposata e tutto il resto... ancora adesso lavorerei”. Dice che a casa sua c'è di nuovo sua madre e mi mostra il cappello che le ha regalato lei di un arancione sgargiante che il figlio le aveva sconsigliato di indossare.

*Però l'ha messo ugualmente?*

Ride: “e mica devo andare a fare una sfilata?” Poi parlando in maniera sommessa “mia madre mi vede soffrire tutti i giorni, ha pure 82 anni e certe volte vorrei che non ci fosse”

*Perché?*

“A volte apre il suo armadio e vede le cose che le ho cucito io... e poi mi racconta che si mette a piangere pensando a tutte le cose che facevo e mi dice: tu hai avuto le mani di fata!... e così inizia ad elencare tutte le cose che lei sa fare tra cui degli “splendidi paralumi” avendo appreso la tecnica in Svizzera lavorando in un'azienda; sa fare i centri e anche le tovaglie da tavola; racconta diversi episodi in modo particolare di quando la figlia ha sfregiato una tovaglia di Natale di stoffa pregiata “voleva fare qualcosa... ma ha rovinato tutto”. Mi dice che se la prossima volta si ricorda mi porterà

qualcosa per farmela vedere e ci lasciamo col proposito che proverà a continuare uno dei tanti lavori lasciati in sospeso.

## Osservazioni

Da studi condotti su soggetti con malattie psicosomatiche (Trombini 1990, 1992) emerge che essi si caratterizzano per una particolare modalità di funzionamento psichico: il pensiero è aderente alla realtà, non è capace di ricorrere alla vita della fantasia e comunicare tramite essa. La Scuola di Parigi lo definisce pensiero operativo (Marty e de M'Uzan, 1963) quella di Boston alessitimia, ovvero incapacità di riconoscere ed esprimere verbalmente le emozioni con restrizioni della vita affettiva. Nell'inconscio in questi casi esistono fantasmi appena verbalizzabili: si tenta di sfuggire ogni situazione ansiogena invece che cercare di conoscerla e riflettervi. I penosi sentimenti di disperazione, impotenza, rabbia, non vengono facilmente percepiti: i conflitti psicologici libererebbero un'ansia straripante non contenibile a livello mentale. La scissione mente-corpo è alla base della sofferenza del malato psico-somatico: permette al paziente di conservare l'impressione di auto-sufficienza che maschera il desiderio di una dipendenza fusionale (vedi V colloquio) quale quella che originava dal corpo della madre. Bisogna inoltre tenere in considerazione che un dolore nella zona pelvica e anale può sostituire o essere l'equivalente del piacere sessuale. La pelvi può diventare il luogo elettivo di espressione degli affetti e in particolare dei sensi di colpa e dei bisogni di punizione. La negazione fobica è la condizione di una donna che non riesce ad accettare il ruolo imposto dalla sua identità femminile; si presenta una riduzione del contatto con l'altro sesso, si ha una limitata attività sociale e ciò si coniuga al rifiuto dell'atto sessuale, completa o parziale assenza di piacere e molte esperienze di ansia e dolore. A determinare in queste donne con gravi conflitti sessuali il bisogno di sposarsi potrebbe essere un notevole grado di dipendenza ed un conflitto edipico irrisolto, evidenziato da un intenso affetto per il padre che allo stesso tempo viene descritto come autoritario e distante (vedi V colloquio e fine del IV).

## Considerazioni

L. è una signora di 61 anni che soffre da quattro anni di dolore nella zona ano-vaginale. E' in cura presso il reparto di terapia del dolore; abbiamo avuto cinque colloqui che potremmo anche separare in due blocchi: i primi tre in cui in maniera dettagliata ho avuto modo di apprendere la storia clinica di L. e della sua famiglia; gli ultimi due in cui comincia a delinarsi, probabilmente in seguito ad un intervento che ha segnato un punto di svolta, quella che potremmo chiamare la narrazione consapevole della sua storia personale.

Durante i primi tre colloqui la signora L. non aveva fatto altro che ripetere in maniera monotona, come avviene nei soggetti psicosomatici (Ercolani, 1997), oltre a tutti gli interventi chirurgici subiti, che il suo "era proprio un dolore senza motivo" fino a quando le dico, durante il III colloquio, che se guardava a com'era andata la sua vita forse un motivo lo avrebbe trovato. Rivediamo questo passaggio significativo.

*"Forse, se guarda a com'è andata tutta la sua vita, forse un motivo lo trova..."*

Piange ed inizia a raccontare di come lei, sposata da poco, abbia dovuto scegliere tra la figlia neonata e il marito, optando per quest'ultimo. Quando le chiedo di farmi capire meglio i termini di

questa scelta mi dice che a quel tempo il marito, parrucchiere per uomo, era senza lavoro e così decise di partire per la Svizzera in cerca di fortuna. Fu una tragedia familiare...”

L. piange e qui inizia a raccontare la sua storia in modo emotivo, non alessitimico, non parla della malattia soltanto, ma pure della sua vita. Al IV incontro alcune condizioni si modificano: contrariamente alle altre volte non mi telefona un’ora prima dell’appuntamento per ricordarmelo; facciamo il colloquio nel corridoio perché l’ambulatorio del reparto era chiuso. L. diventa decisamente più disponibile al colloquio, la vedo migliorata, non sento la necessità di chiederle come sta e lei “mi fa entrare” nella sua famiglia.

Al V colloquio, avvenuto a distanza di 15 giorni, emergono tematiche di suicidio legate alla sofferenza; tuttavia L. fa qualche battuta di spirito ed è più propositiva. Immagino che, probabilmente, questi pensieri derivino da un tentativo di elaborazione del desiderio inconscio di fusione col terapeuta (Scarfone, 2008) cioè con me, frustrato a causa del maggior lasso di tempo trascorso dall’ultima “seduta”, nel tentativo di scatenare in me un senso di colpa per questo. Quando dal corridoio siamo “costrette” ad entrare in reparto si ripete la scena in cui lei mima i dolori che ha; capisco il tentativo di concentrarsi solo sulla malattia e tento di spostarla da questa posizione rigida con un secondo intervento, chiedendole il modo in cui i suoi cari vivano questa situazione. La invito cioè ad identificarsi empaticamente con i suoi cari, a mettersi nei loro panni... Solo allora emerge, nella narrazione, la tematica della mancanza di rapporti sessuali col marito e l’impossibilità di essere toccata.

### **Il problema del setting, dell’intervento psicoterapeutico e del controtransfert.**

Più che mai, in questo caso, penso sia importante il concetto di setting. Questo può essere inteso come un insieme di precise condizioni ambientali, di contesto, di cornice, di atmosfera emotiva, oltre che di ruoli e regole del trattamento, che tendono a rimanere costanti con lo scopo di accogliere eventuali movimenti regressivi del paziente che comportino la riedizione di una situazione precoce di vita (transfert). Secondo Winnicott (1955) il setting è la somma di tutti i particolari della tecnica; Bleger (1966) dice che in una situazione psicoanalitica dobbiamo considerare la totalità dei fenomeni compresi nella relazione terapeutica tra analista e paziente. Il setting, comunque, attraverso un processo di continua costruzione dinamica - è quello che Nesci e Polisenò (2007) definiscono “setting transizionale”, riprendendo una terminologia Winnicottiana -, istituisce ogni processo psicoanalitico.

Interpretare, per Freud, significa rendere cosciente l’inconscio, significa disvelare al paziente un frammento del suo funzionamento psichico di cui non è consapevole. Ma in una psicoterapia psicoanalitica non si tratta solo di interpretare. Spesso il terapeuta deve intervenire costruendo i presupposti di una futura possibile interpretazione. Credo che il mio intervento nel III colloquio sia stato fondamentale nel processo di costruzione del setting, e quindi nel passaggio dai “colloqui” alle “sedute”.

Solitamente gli interventi del terapeuta e la cornice del trattamento stanno in un rapporto di figura/sfondo, dove lo sfondo è costituito dal setting, ma a seconda del momento del processo analitico, esso può divenire figura e quindi risultare in primo piano. Nel caso specifico di L. il setting, come condizione esterna definita dalle procedure, non è affatto stabile: non è L. che viene da me in un posto definito, sono io che di volta in volta la raggiungo e comunque all’interno di un reparto. Ciò ha fatto sì che L. mi trattasse come un medico che andasse da lei per un’ulteriore consulenza: mi ha elencato storie di interventi e malattie, mi ha fatto vedere medicine e impegnative



e per tutte e tre le volte non è migliorata affatto. M. Ercolani (1997) suggerisce che alcune delle situazioni che rendono l'individuo più vulnerabile al dolore sono quelle in cui pulsioni frustrate e desideri insoddisfatti per lungo tempo rendono l'individuo incapace di affrontare condizioni di vita apparentemente normali. Una quantità eccessiva di forze conscie e inconscie esercitano una influenza potente sul comportamento, portando, oltre che a sintomi psicopatologici, a manifestazioni dolorose. Tra i fattori motivazionali non va dimenticata la soddisfazione di impulsi aggressivi mediante la manipolazione di familiari, parenti e medici. Il ricorso a medici di diversa formazione e specialità senza riportare durevoli miglioramenti è una prova, per il paziente, dell'impotenza del corpo sanitario in generale e dei singoli medici consultati. In questi casi, anche se inconscio, appare evidente un bisogno/desiderio di dominio che, pur di essere soddisfatto, viene pagato a caro prezzo. Così l'illusione di essere in qualche modo preso in considerazione necessita della presenza del dolore, che continuerà a essere presente svolgendo una funzione precisa e almeno parzialmente gratificante.

Solo dopo il mio primo intervento che apriva la strada alla possibilità, per la paziente e per la terapeuta, di dare un significato al sintomo del dolore (vedi fine del III colloquio) si è reso ad entrambe riconoscibile un processo psicoterapeutico di tipo analitico, e solo quando l'area medica si è "chiusa" (IV colloquio) L. ha potuto parlare di sé e non della malattia.

Il controtransfert è stato definito in modo semplice ma efficace per chi deve imparare a riconoscerlo ed elaborarlo, dal prof. Scarfone (2008a), nel corso di una delle sue lezioni presso la SIPSI, a Roma, come *il movimento che succede all'interno del terapeuta quando i sentimenti si agitano dentro*.

Rispetto alle mie emozioni non so se si possa parlare veramente di controtransfert perché più che di "movimenti" ho provato vissuti che definirei come statiche impressioni: la mia paralisi, il fatto di vedere L. priva di vita, con gli occhi vuoti come alcune statue, probabilmente erano il frutto di quella condizione in cui mi sforzavo di rimanere "a/settica" (senza setting?) "anti-settica" (sterilizzata dal settino medico?) non contaminata dalle emozioni. L'intervento psicoterapeutico, nato più dall'intuito che da una vera e propria consapevolezza del timing, ha fatto sì che la mia mente si mettesse "al lavoro" probabilmente agendo controtransferalmente la rabbia che L. non poteva permettersi di provare ed elaborare da sola.

## Notazioni

In questa storia molte cose si ripetono: le malattie, le partenze, il lavoro, il numero due (che rappresenta la coppia e dunque sancisce la rottura dell'unità, probabilmente riconducibile alla difficoltà di L. nel definire la propria storia individuale; essendo poi un numero pari, il 2 incarna l'energia femminile e la passività. Nell'Antichità il numero due era attribuito della Grande Madre Terra.). Nel racconto della paziente le persone non si nominano (conosco i nomi dei familiari solo perché li ho chiesti); la famiglia è una famiglia allargata (nel senso tradizionale del termine) di un piccolo paese montano; non è da escludere che rappresenti un'unica identità salvifica, un microcosmo da cui non ci si può allontanare, pena la malattia.

Potrebbe delinearsi un dolore che pur appartenente al corpo di L., non sia necessariamente individuale; per pensare così, dobbiamo tenere conto della dimensione gruppale inconscia dell'individuo come "precipitato" di tutti i valori e di tutte le identificazioni molto arcaiche che possono essere "svelate" solo nella situazione di gruppo (Scarfone, 2008b). Quello di L. potrebbe essere un dolore gruppale nel senso della linea femminile e aprire spiragli su eventuali problemi d'identità di genere; tenendo anche conto che il seno è espressione forte della femminilità, espressione cioè di un corpo sessuato, potremmo pensare ad una colpa nevrotica trigerazionale

che si appoggia al cancro per mantenersi; non sfugge inoltre, che la storia di ogni donna di questa narrazione rimanda a quella dell'altra, anche nel caso in cui L. “taglia e cuce” abiti (e rapporti?) mentre nonna e nipote “vivono in un armadio abbandonato” in casa della stessa L. Persone, legami ma anche oggetti, posizioni sociali, parti del corpo e altri aspetti di sé possono essere affettivamente sovrainvestiti, tanto che l'eventuale perdita può risultarne particolarmente significativa e destabilizzante. Infatti la ricerca dell'altro può avvenire per l'appagamento delle più naturali esigenze di investimento, di scambio interpersonale emotivo, affettivo, erotico, ideativo ecc, oppure di rimedio alla propria angoscia, al proprio vuoto, al proprio annichilimento. E' quest'ultima condizione che più espone a vivere la perdita “dell'altro” come crollo e sconquasso esistenziale e come compromissione della propria integrità psicofisica (Cirincione e Gianasi,1990).

## Conclusioni

Pazienti che hanno un vissuto mentale meno elaborato sono più esposti a malattie somatiche che psicologiche. Per una donna un cancro al seno è un forte attacco all'integrità narcisistica ma in questo caso potrebbe essere anche un modo di “giustificare” con una malattia reale un dolore di cui non si conosce l'origine perché non la si può pensare. Perciò è necessario avere rispetto e pazienza perché il processo che porta le emozioni affidate al corpo a trovare parole nella mente potrebbe essere lungo e faticoso.

Come insegna De M'Uzan (Scarfone, 2008c) bisogna imparare a lavorare con la parte viva dei pazienti, bisogna chiedersi cosa li abilita alla vita e cosa al contrario impedisce loro di vivere.

## Bibliografia

Roberto Barbaro: “Postura: quello che siamo dentro” in *Alter Ego* n. 6, ottobre 2007.

Angelo Borroni, “Aspetti Riabilitativi nel trattamento del dolore”. Tesi di Specializzazione in Fisiatria, Università degli Studi di Milano, anno accademico 2003-2004.

Ezio Cirincione e Gian Carlo Gianasi: *Il dolore, la personalità, il cancro*, Teda edizioni, Castrovillari,1990.

M. Ercolani: *Malati di dolore*, Zanichelli, 1997.

Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David: *L'investigation psychosomatique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.

Domenico A. Nesci, Tommaso A. Polisenò: Seminario Clinico, a.a. 2007, SIPSI, Roma.

Romana Panieri: “Il fenomeno della somatizzazione: quando la mente ammalia il corpo” in *Alter Ego* n. 6, ottobre 2007.

Dominique Scarfone (2008a), lezione di Teoria e Tecnica della Psicoanalisi del 12/10/2008, SIPSI, Roma, in videoconferenza da Montreal.

Dominique Scarfone (2008b), lezione di Teoria e Tecnica della Psicoanalisi del 23/11/2008, SIPSI, Roma.

Dominique Scarfone (2008c), lezione di Teoria e Tecnica della Psicoanalisi del 22/11/2008, SIPSI, Roma.

Giancarlo Trombini (a cura di), *Introduzione alla clinica psicologica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.990

Giancarlo Trombini, F. Baldoni , *Psicosomatica*, Il Mulino Ed., Bologna, 1998.