

# IL DOLORE IN OSPEDALE:

*libere associazioni di uno psico-oncologo.*

*Domenico Arturo Nesci*

Oggi dedicheremo la nostra attenzione ad un problema complesso: l'eliminazione del dolore inutile in ospedale. Per riuscire in questa impresa credo sia essenziale non sottovalutarne la difficoltà e quindi assumere un punto di vista che non ha niente a che vedere col senso comune. Se fosse una questione di buon senso il dolore inutile non ci sarebbe, non solo in ospedale ma nel mondo. Se invece l'ospedale e il mondo sono pieni di dolore inutile, vuol dire che il buon senso è necessario ma non è sufficiente per eliminarlo.

A cosa dobbiamo ricorrere allora?

Invece di rispondere direttamente a questa domanda, adottando sin da ora una metodologia alternativa, diametralmente opposta a quella del senso comune, per il quale ad una domanda si risponde a tono, risponderò invece, paradossalmente, con una divagazione.

Potrà sembrare una stranezza o, peggio, ma presto ci renderemo conto che invece, così facendo, cominciamo ad entrare nel tipo di ragionamento (psicoanalitico) con cui si risolvono i problemi complessi, avventurandoci nell'usare la nostra mente in modo associativo e quindi lasciandoci prendere dai "tepori" dell'analogia invece che farci raggelare dai "rigori" della logica (Nesci e Polisenò, 1997).

Brevemente, vi parlerò di me e di un altro problema, associabile liberamente al nostro.

Sono un medico, specialista in Psichiatria e Criminologia, psicoanalista, psicoterapeuta. Mentre ero studente in Medicina e Chirurgia, al Policlinico "Gemelli", mi sono posto un problema che andava nella direzione opposta a quella della ricerca psicosomatica degli anni Sessanta: se il corpo cambia, come cambia la mente? Se un tumore maligno del retto obbliga il chirurgo a inventarsi un'enterostomia per tentare di salvare la vita al paziente, cosa succede nella psiche di entrambi?

A partire da queste domande, molto poco di moda a quell'epoca, e purtroppo ancora oggi, mi sono trovato ad occuparmi di ciò che veniva sempre scartato dalla Medicina e dalla Psicologia del buon senso, che non amavano studiare gli handicaps iatrogeni chirurgici né approfondire la ricerca sul significato degli escrementi. Mi sono trovato così ad occuparmi di tabù, nuovi ed antichi, di miti, scientifici e antropologici, di modi di funzionamento mentale arcaico, di fantasie e dinamiche inconsce, di Etnopsicoanalisi (Nesci, 1991). Ho imparato che la regressione a cui tutti gli attori della scena clinica sono inevitabilmente esposti suscita comportamenti che sono comprensibili solo se ci rendiamo conto che non è il nostro Io individuale a muoversi ed agire, ma noi siamo agiti da fantasie e dinamiche inconsce che affondano le loro radici antropologiche nella preistoria.

Grazie a questa apparente divagazione, possiamo ora cominciare ad abbozzare una cornice metodologica in cui avviare la ricerca di risposte al nostro problema complesso originario: come muoverci per concepire, e quindi poter realizzare, un ospedale senza dolore inutile.

Partiremo da un presupposto paradossale: che il dolore inutile che viene inflitto in ospedale non sia affatto inutile ma serva a degli scopi ed abbia dei significati che non sono razionali, logici, consapevoli, ma piuttosto irrazionali, illogici e inconsci, dunque fondamentali nella prospettiva dell'Etnopsicoanalisi, che postula l'esistenza

di processi mentali inconsci, di funzionamenti mentali irrazionali che seguono un'altra logica, quella del processo primario teorizzato da Freud (1892-1938). Se riusciamo a decifrare questi significati del dolore inutile forse possiamo trovare una risposta alternativa e sostituirlo con qualche altra cosa che svolga la sua stessa funzione in un modo diverso, ad esempio senza produrre dolore fisico e mentale.

### I significati inconsci del dolore "inutile"

La vita degli uomini viene concepita dagli antropologi come una serie di "riti di passaggio" (Van Gennep, 1909). In pratica per passare da una stanza all'altra della casa della vita non è possibile farlo direttamente e quindi trasferirsi dal ruolo sociale A (ad esempio, bambino) a quello B (ad esempio, adulto) ma è necessario transitare in uno stato intermedio NON-A/NON-B (in questo caso, adolescente, spesso descritto nel linguaggio comune per negazione: "né carne né pesce"). I riti assumono quindi sempre un ritmo tripartito: rito preliminare, di uscita dallo stato di partenza A, rito liminare, di transito nello stato marginale neutro NON-A/NON-B, rito postliminare, di aggregazione nello stato di arrivo B. Questo vale per qualunque ruolo sociale (come insegna il proverbio che dice che "gli esami non finiscono mai") proprio perché ogni passaggio di stato comporta un percorso ritualmente prestabilito. I riti umani, dunque, sono concepibili come riti di passaggio, che risolvono l'angoscia del cambiamento, sempre temuto perché comunque, a livello inconscio, presagio dell'ultimo cambiamento, dell'ultimo passaggio, quello dell'uscita dalla vita.

I riti nascono per risolvere l'angoscia umana, come ci insegna non solo l'Antropologia ma anche la Psichiatria, facendoci vedere che se impediamo al nevrotico ossessivo di compiere i suoi rituali irrazionali (lavarsi mille volte le mani, controllare se ha chiuso il gas di casa all'infinito, ecc.) gli provochiamo un'angoscia mortale.

Quando nasce, il bambino piange. Il pianto è l'espressione di un dolore. Non è vero che i bambini che piangono non soffrono, così come non è vero che il pianto del neonato è utile a dilatarne i polmoni. L'infans che piange prova dolore, un dolore inutile, ma questo dolore comincia a fissarsi nella sua mente e diviene una memoria associata ad un passaggio della vita, ad un cambiamento. Ricordiamocelo: il cambiamento del parto è catastrofico perché si passa da un'ossigenazione simbiotica, attraverso la placenta, ad un'ossigenazione autonoma, attraverso l'apparato respiratorio. Una vera e propria rivoluzione in cui si verifica il crollo dell'organizzazione simbiotica, la rottura dell'unità duale madre-bambino (Rohéim, 1945) e la nascita di due nuovi individui: la madre ed il bambino come entità separate che proseguono il loro ciclo vitale grazie allo scarto della placenta, che ne ha consentito lo sviluppo. Il dolore inutile, dunque, fin dalla nascita dell'essere umano, è presente, e viene associato con l'idea del superamento di un passaggio evolutivo, pericoloso ma necessario.

Qui sta il primo significato inconscio del dolore inutile.

Se approfondiamo lo studio dell'Antropologia veniamo poi a scoprire che tutti i passaggi della vita, tutti i rituali, prevedono che venga inflitta una "ferita simbolica" (un'esperienza dolorosa) sul corpo e nella mente di colui o colei che compie il passaggio: basti pensare alla circoncisione degli Ebrei, alla rottura di denti o ossa nei riti funerari, alle percosse per l'ingresso in comunità iniziatiche, ai tatuaggi, e così via. Tutti questi dolori inutili che vengono somministrati a coloro che attraversano i vari riti di passaggio hanno lo stesso inconscio significato:

esorcizzare l'angoscia del cambiamento, assicurare il soggetto del rito che non morirà ma vivrà nel nuovo stato, così come è sopravvissuto al primo passaggio della vita uscendo da una situazione ormai insostenibile (la scarsa ossigenazione fetale alla fine della gravidanza) e riaprendo il ciclo vitale verso una fase più evoluta.

Forse è per questo, allora, che costruiamo attivamente dolore "inutile" per curare vicende di malattia: per illuderci che vivremo meglio di prima, dopo il rito di cura, per illuderci che non recupereremo semplicemente la salute ma rinasciamo come nuovi per ricominciare un nuovo ciclo vitale, giovani e belli, e magari immortali!

Cominciamo a capire meglio perché non sia affatto facile risolvere il problema di come progettare un ospedale senza dolore...

Anche se non lo sappiamo e non lo vogliamo, a fin di bene, il nostro inconscio può tradirci, e spingerci a fare soffrire i nostri pazienti, senza rendercene conto...

### L'ospedale come luogo dei riti di cura

L'ospedale è un'istituzione, apparentemente (razionalmente) finalizzata a curare le persone malate. Naturalmente non è così in un'ottica etnopsicoanalitica, e cioè in una prospettiva che considera gli aspetti inconsci (e irrazionali) delle cose. In questa prospettiva la cura sciamanica avviene con un rito di morte rinascita, rito che molto spesso affrettava la morte del paziente piuttosto che guarirlo. Riti di guarigione e riti di lutto venivano così a sovrapporsi in modo inquietante.

Franco Fornari (1970) si muoveva in un'ottica Kleiniana e quindi seguiva una linea di pensiero che vede in tutte le istituzioni (non solo negli ospedali, dunque...) degli enti la cui funzione inconscia è quella dell'elaborazione del lutto (Klein, 1921-1958), un concetto che in realtà è stato descritto originariamente da un antropologo (Strehlow, 1908-10) che è il vero scopritore del concetto dell'elaborazione paranoide del lutto.

Se sentiamo dolore siamo vivi, non siamo morti. I morti non soffrono. "Ha smesso di soffrire..." si dice di un paziente che non è più paziente (sofferente) perché non è più vivo. Forse facciamo provare dolore inutile ai nostri pazienti, inconsciamente ed irrazionalmente, per farli sentire vivi, oltre che per illuderli che dopo la cura rinasceranno a nuova vita!

Ma non si potrebbe escogitare qualche sistema migliore?

In Canada i reparti di Oncologia Pediatrica sono costruiti con larghi corridoi dove i bambini che fanno la chemioterapia circolano su lettini che sono automobili elettriche con la flebo inclusa. I piccoli pazienti non vedono l'ora di fare la chemio... e cioè di poter finalmente andare sulla macchina! L'ospedale e la cura sono concepiti per vivacizzare/vitalizzare usando il gioco, non come preistorici luoghi sacri dove si usava il dolore per illudere il paziente che si sarebbe estratta dal suo corpo, miracolosamente, la sua malattia, per poi resuscitarlo, altrettanto miracolosamente, al termine del rituale sciamanico.

### Nuove prospettive per progettare una cultura dell'ospedale senza dolore

Vi racconterò un'esperienza maturata nei Corsi di Formazione e Perfezionamento in Psico-Oncologia che ho sviluppato, dal 1993 ad oggi, grazie alla collaborazione tra il Centro Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII" dell'Università Cattolica (diretto dal Prof. Achille R. M. Cittadini) e l'Istituto Internazionale che ho fondato nel 1999

insieme ad un gruppo di ricercatori e colleghi, psicoanalisti e gruppo analisti, di varie nazionalità e culture. L'idea guida era quella che le inibizioni che ci impediscono di stare in una relazione di aiuto efficace con i nostri pazienti sono inconse e quindi che solo l'applicazione del metodo psicoanalitico può aiutarci a superarle.

Il problema che ci siamo posto era quindi quello di trovare sistemi nuovi, rapidi ed utilizzabili da tutti i professionisti della Salute, quindi tali da utilizzare linguaggi semplici ed universali, per insegnare il metodo psicoanalitico in modo pratico, non teorico. Dei vari metodi che abbiamo messo a punto ve ne racconto uno, che ritengo utilissimo per il nostro progetto di un ospedale senza dolore inutile: "il workshop cinema e sogni".

Ve lo sintetizzo per cercare di darvene un'idea. Una sera ci si ritrova nell'aula magna di un ospedale per vedere un film su un tema di salute o di malattia. Noi proiettiamo di solito dei "cancer movies" cioè dei film in circolazione che hanno come tema la malattia oncologica. Poi si va a dormire. La mattina dopo ci si raccontano i sogni della notte, stimolati dalla visione del film. In pratica si svolge una specie di social dreaming dove il gruppo dei partecipanti costruisce catene associative fatte di sogni, scene del film, frammenti di scene cliniche realmente vissute nei reparti, eccetera. Quando il gruppo si trova in difficoltà lo staff dei conduttori (almeno quattro persone, due tra i partecipanti e due davanti a loro, sotto lo schermo cinematografico) interviene con un commento (Nesci, Poliseno, Andreoli, Mariani, 2006).

Condividere i sogni per gli operatori sanitari è importantissimo. Siamo tutti traumatizzati dai nostri dolori, dai nostri lutti. Spesso la nostra motivazione inconscia alla professione sanitaria è nata da esperienze traumatiche mai sufficientemente elaborate. Il workshop cinema e sogni ci aiuta. Cinema e sogni parlano lo stesso linguaggio, quello delle emozioni, quello dei pazienti, e cioè di chi vive un pathos un'emozione incontenibile, troppo forte. Il cinema, la musica, il sogno, e l'uso associativo della mente, che uniscono queste esperienze vitali e le accomunano, possono darci altri modi per sentirci vivi. Modi che sostituiscono il dolore nel farci sentire vitali e creativi.

Solo cose di questo tipo tolgono al nostro inconscio il bisogno di usare le difese arcaiche, quelle che attribuiscono al dolore un significato positivo.

Spero che da esperienze come questa nascano nuove idee, nuovi progetti, e che con l'aiuto di tutti si riesca ad immaginare nuovi rituali moderni, nuove tecnologie, per sostituire il dolore con difese più efficaci.

## Bibliografia

Fornari F. (1970) *Psicoanalisi della guerra*, Feltrinelli, Milano.

Freud S. (1892-1938) *Opere*, Boringhieri, Torino.

Klein M. (1921-58) *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino.

Nesci D. A. (1991) *La Notte Bianca – studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo*, Armando Editore, Roma.

Nesci D. A. Poliseno T. A. (1997) *Metamorfosi e Cancro*, SEU, Roma.

Nesci D. A., Poliseno T. A., Andreoli S., Mariani G. (2006) La malattia oncologica nell'immaginario: alcune riflessioni sui Workshops Cinema e Sogni del 2002. *Doppio Sogno*, n. 2, Giugno 2006. <http://www.doppio-sogno.it/numero2.htm>

Roheim G. (1945) *War, Crime, and the Covenant*. Medical Journal Press, New York.

Strehlow C. (1908-1910) *Die Aranda und Loritja-Stämme in Zentral-Australian*.  
Frankfurt.  
Van Gennep (1909) *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino.