

Il Contatto in Psico-Oncologia: riflessioni sulla massoterapia come strumento di supporto ed accompagnamento¹

Marco Bonanno, Domenico A. Nesci, Mariarosaria Squillacioti

Queste riflessioni nascono dall'esperienza del Servizio di Consultazione Psichiatrica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" dove è di fatto operativa una Unità Semplice di Psico-Oncologia in cui svolgono la loro attività i tirocinanti di una Scuola di Psicoterapia che dedica ampio spazio al supporto ai malati di cancro, ai loro familiari ed ai loro curanti. Oltre ad avere la possibilità di seguire i malati oncologici da una prospettiva psicoterapeutica, i tirocinanti della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.) sono tenuti a frequentare, come parte integrale delle loro attività formative esperienziali, i Corsi in Psico-Oncologia dell'Università Cattolica, che richiamano operatori sanitari di ogni regione d'Italia. Si tratta di psicologi, infermieri, fisioterapisti, medici, biologi, insegnanti, studenti universitari e volontari che condividono, in un setting gruppale, le situazioni cliniche più difficili che hanno vissuto e di cui sentono il bisogno di elaborare insieme le emozioni e le dinamiche inconscie che li hanno "spaesati" o "messi in crisi". Si sta così realizzando una nuova realtà positiva e costruendo uno strumento di supporto e accompagnamento alle vicende oncologiche che troppo spesso sono ancora caratterizzate dall'aggiungersi, alla drammaticità della malattia, di un'altrettanto drammatica carenza di contenimento psicologico delle angosce che questa suscita.

Il lavoro che presentiamo ora è una dimostrazione tangibile dei cambiamenti positivi che possono essere promossi nelle istituzioni sanitarie grazie all'apertura alla ricerca di nuove collaborazioni per migliorare, da un punto di vista psico-oncologico, l'assistenza globale al malato di cancro. Il Servizio Sanitario Nazionale non è infatti in grado, per i gravi problemi organizzativi ed economici in cui si dibatte da anni, di acquisire l'enorme numero di psico-oncologi che sarebbero necessari, né le università italiane sono in grado di insegnare nei Corsi di Laurea e di Specializzazione la Psico-Oncologia (disciplina inesistente per le normative attuali) e quindi di formare adeguatamente questa figura professionale. La sinergia con un'Ente senza scopi di lucro (The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals- I.I.P.R.T.H.P. – che collabora con il Centro Ricerche Oncologiche dell'Università Cattolica, diretto dal Prof. Cittadini, all'organizzazione delle attività formative nel campo della Psico-Oncologia e che gestisce la Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale) si è rivelata, in varie circostanze, preziosa

¹ Lavoro presentato al Master in Psico-Oncologia dell'Università Cattolica a Siracusa (2006).

per concepire nuove tecniche e/o reperire nuove risorse, come nel caso dell'introduzione in Italia della massoterapia come strumento di supporto e accompagnamento in Oncologia.

Una parte importante del testo che presentiamo è frutto del lavoro svolto per la tesi di Specializzazione in Psicoterapia dello psico-oncologo dell'Associazione Genitori Oncologia Pediatrica (A.G.O.P.) che si è diplomato nella S.I.P.S.I.. In questa sede ci limitiamo a riportare alcune delle esperienze svolte in Canada, e rese possibili dalla natura internazionale della Scuola (in cui insegna il Prof. Dominique Scarfone, psicoanalista didatta canadese e membro ordinario dell'I.P.A.) e dalla sponsorizzazione dell'A.G.O.P..

Chi lavora nell'Oncologia Pediatrica deve fare i conti, per prima cosa, con il tema perturbante del doppio, che appare già nel nome del reparto dove figura l'oncologia, da una parte, e la malattia pediatrica dall'altro.

Ma il cancro è un doppio persecutorio nella sua stessa origine. Non è un virus o un batterio, non è un nemico estraneo che ci aggredisce dall'esterno. Il cancro è il risultato di una serie di mutazioni: sono le nostre stesse cellule che diventano "maligne" e danno vita ad un aggressore interno, ad un altro "noi stessi" che proprio per l'essere familiare al nostro sistema immunitario non viene riconosciuto come nemico e ci distrugge in modo subdolo e spesso invisibile e per questo ancor più temibile ed inquietante. Il cancro è strutturalmente, dunque, il nostro "doppio" persecutorio. Se a questo si aggiunge la natura traumatica delle cure, che aggrediscono le cellule sane oltre a quelle malate, e l'incertezza della guarigione completa, è facile capire la grande angoscia che caratterizza tutti i vari momenti della cura e dei controlli successivi.

La malattia Pediatrica, dal canto suo, suscita il vissuto di malattia che colpisce un "innocente", un bambino "che non ha nessuna colpa" e per questo appare come ingiusta ed inspiegabile, suscitando inevitabilmente, a livello inconscio, un profondo senso di colpa nei familiari ("le colpe dei padri ricadono sui figli...").

Nell'Oncologia Pediatrica troviamo riunite e potenziate le caratteristiche delle due malattie: un aggressore interno, l'incertezza per la guarigione, i sensi di colpa e l'impotenza di fronte alla malattia.

Solo in questo scenario possiamo cominciare a comprendere l'ecosistema emotivo nel quale avviene l'incontro tra un malato oncologico (bambino o ragazzo) con i suoi genitori, da una parte, e l'équipe curante, con tutti gli operatori sanitari, dall'altra. E quindi comprendiamo l'assoluta necessità delle associazioni di volontariato che si pongono come mediatrici di questo contatto, così carico di angosce non riconosciute e quindi irrisolte.

Nella pratica clinica con i pazienti malati di tumore uno degli aspetti indicato come prioritario è l'attenzione costante al corpo, vale a dire che, come operatori "psi" (inconsciamente portatori di una deformazione professionale che ci fa concentrare solo sugli aspetti mentali) non dobbiamo mai dimenticare che di fronte a noi si trova una persona che prima di tutto ha un problema fisico, un tumore, il quale si ripercuote immancabilmente sulla sfera psichica.

Il corpo è malato, il corpo ha un nemico interno, quasi sempre non visibile e per questo ancor più angosciante, il corpo soffre rispetto ai veleni-terapie che è costretto a subire.

Dove c'è un corpo malato e sofferente, dove esiste una pelle che è bucata, forata, ustionata a causa delle chemio o delle radioterapie, tagliata e amputata a causa degli interventi chirurgici, dovrebbe esistere qualcuno che per missione o professione o sensibilità si occupa di questo corpo e di questa pelle.

Soprattutto nel lavoro con gli adolescenti appare chiaro il problema del corpo: un corpo che è in continua trasformazione alla ricerca di una propria identità, è in qualche modo violentato dal cancro. L'adolescente malato di tumore, durante tutto il periodo della cura non potrà sperimentare o ricercare una buona immagine corporea, anzi, il corpo stesso diventerà ancor più un problema, un nemico odiato, legato alla perdita dei capelli, alla debolezza, alla mancanza di contatto piacevole con i coetanei.

È da tutto questo che è nato l'interesse nella nostra équipe per l'osservazione della Massoterapia come strumento di accompagnamento ai bambini malati di tumore ed alle loro famiglie nel Québec, in Canada, in un Paese che vanta una tradizione ventennale in questo campo.

Abbiamo effettuato un periodo di osservazione di quattro mesi accompagnando i massoterapeuti negli ospedali e a domicilio, presso le famiglie che avevano un bambino malato di tumore o curato per un tumore, o ancora presso le famiglie in lutto per la perdita del proprio figlio.

In questo lavoro verranno descritte le osservazioni fatte rispetto alla massoterapia, al contatto che viene stabilito tra un massoterapeuta ed un bambino, ed agli atti terapeutici che, secondo noi, permeano il gesto del toccare attraverso la descrizione di scene cliniche osservate negli ospedali del Québec.

Cercheremo, inoltre, di supportare tutto questo con degli spunti teorici di orientamento psicoanalitico.

1.0 La Massoterapia: alcuni studi:

La massoterapia è un'insieme di tecniche di massaggi e di manovre fatte sulla superficie del corpo di una persona. Si propone diversi obiettivi a seconda del campo di applicazione.

In Italia viene utilizzata soprattutto in ambito fisioterapico e di riabilitazione oppure è legata alle diverse cliniche di massaggio presenti sul nostro territorio, trovando, anche, facile applicazione in reumatologia, dermatologia e traumatologia.

Negli ultimi 25 anni molti lavori a carattere scientifico sono stati scritti allo scopo di dare maggiore credibilità al lavoro dei massoterapeuti nella loro pratica clinica. Il massaggio sembra avere numerosi effetti:

- a) aumento della crescita nei bambini nati pre-termine: studi sulla stimolazione tattile-cinestetica (Shaeffer, Hatcher & Barglow 1980; Field 1987; Scafidi et al. 1990 e 1996).
- b) bambini nati a termine: riduzione delle stress nelle procedure dolorose (Kennel et al. 1991), come punture; riduzione del dolore associato a costipazione e coliche; induzione del sonno; facilitazione del legame bambino – genitori.
- c) riduzione del dolore negli adulti in differenti situazioni di sindromi dolorose: artrite reumatoide (Varni & Jay 1984), fibromialgia (Ironson et al. 1996), sindrome premestruale, cefalee (Hammil, Crook & Rosecrance 1996).
- d) aumento dell'attenzione: nei bambini autistici con deficit di attenzione (Field et al. 1996); nel disturbo di attenzione ed iperattività (Field et al. 1998).
- e) riduzione dell'intensità dell'ansia e della depressione: disturbo post-traumatico da stress nei bambini (Field 1992); depressione nei bambini e negli adolescenti (Platania-Sollazzo et al. 1992); anoressia e bulimia nelle donne (Hsu 1986); fatica cronica.
- f) effetti benefici nella modulazione dei sintomi delle sindromi autoimmuni: diabete (Field 1997), asma, fibrosi cistica (Field 1992), dermatiti.
- g) diminuzione dei sintomi nei disturbi immuni: HIV, cancro del seno (Ironson et al. 1996, Field et al. 1996), tumore nei bambini (Scafidi et al. 1986, Pederson 1996, Arakawa 1997).

In Canada, ed in tutto il Nord America ha trovato applicazione anche in ambito ospedaliero proponendosi in tal senso non come gesto propriamente curativo ma come atto volto all'accompagnamento di persone malate allo scopo di seguirle nell'arco del processo di cura per cercare di fornire momenti di rilassamento, di diminuzione del dolore e per facilitare il sonno.

1.1 Massoterapia in ospedale e a domicilio:

Grazie al contributo della Associazione Leucan, nel Québec, è stato possibile sviluppare un servizio di Massoterapia attivo da 19 anni. L'obiettivo attuale è quello di offrire a tutti i bambini colpiti da un tumore un accompagnamento professionale rispetto al massaggio, al fine di favorire il processo di guarigione del bambino e rompere l'isolamento sociale che le famiglie si trovano spesso ad affrontare in tale situazione.

Nel corso di questi anni è parso evidente come un servizio efficace di massoterapia, e di terapeuti adeguatamente formati, sia capace di dare sollievo ai bambini colpiti da un tumore e rilassarli rispetto agli effetti altamente stressanti e dolorosi delle cure chemioterapiche e radioterapiche ed ai tempi prolungati di degenza ospedaliera. Inoltre, è ampiamente dimostrato che il massaggio riesce a favorire una presa di coscienza positiva del proprio corpo, in una situazione dove l'aspetto corporeo ed il dolore minacciano l'integrità psico-fisica del bambino.

La pratica clinica, confortata da studi e ricerche, ha evidenziato indubbi benefici. È stata dimostrata l'associazione tra massaggi e diminuzione della frequenza cardiaca e respiratoria e abbassamento della pressione arteriosa. È stato, inoltre, evidenziato un aumento della cooperazione sul piano delle cure, un maggior ruolo attivo del bambino nel processo di guarigione e soprattutto un sostanziale miglioramento della qualità e della durata del sonno.

Altro aspetto, non secondario, si riferisce alla possibilità di dare sollievo ai genitori, ed ai fratelli, del bambino malato di tumore. La famiglia, nel momento in cui viene fatta la diagnosi, comincia a vivere un periodo estremamente difficile descritto come "un incubo": incredulità, perdita d'orientamento, rabbia, depressione, impossibilità di fare, isolamento sociale. I genitori, da questo momento, riorganizzano la propria vita in funzione delle cure e delle degenze ospedaliere del proprio figlio. Notti insonni, spostamenti continui, preoccupazione per le cure, impotenza rispetto ai dolori ed agli effetti nocivi provocati dalle cure oncologiche, senso di colpa, tutto questo viene vissuto costantemente e per periodi prolungati.

Il massaggio dà la possibilità ai genitori di recuperare un piccolo spazio per sé. Un'ora della giornata nella quale la madre o il padre, si prendono cura del proprio corpo talmente messo a dura prova.

Il massaggio concede un momento privato ai genitori, quasi sempre in una stanza diversa da quella dove il proprio figlio è ricoverato. Si costituisce così uno spazio altro, diverso. Si è in ospedale ma sembra quasi che ci si trovi in un altro posto.

Altro aspetto degno di nota attiene alla massoterapia a domicilio. Nella regione del Québec esistono diverse province molte delle quali non sono dotate di reparti di Oncologia Pediatrica in grado di garantire delle cure adeguate ai bambini malati di tumore. Il programma della Massoterapia a domicilio ha lo scopo di coprire quasi tutte le province del Québec.

I massoterapeuti vanno a domicilio quando il bambino torna a casa tra una cura e l'altra per offrire dei massaggi a tutta la famiglia. Inoltre il servizio di massoterapia è richiesto sia per il bambino in fase terminale sia, nel caso di morte, come sostegno al lutto per la famiglia.

Sicuramente gli aspetti psicologici e relazionali che si creano a domicilio sono diversi rispetto ai massaggi in ospedale. La relazione tra il massoterapeuta ed il bambino con la sua famiglia è molto

più privata e basata su un livello di conoscenza e di confidenza più profondo. Anche il tempo del massaggio è sostanzialmente diverso: rispetto ad una durata in ospedale che oscilla tra 10 minuti e 30 minuti, a domicilio il massoterapeuta massaggia ogni persona (bambino e/o genitore) per circa 1 ora. Dopo un certo periodo di tempo si instaura un clima molto familiare ed è come se il massoterapeuta diventasse, in qualche modo, un membro aggiunto della famiglia.

2.0 La pelle ed il contatto: riflessioni psicoanalitiche:

La pelle è organo e strumento indispensabile al contatto tra due persone e allo scambio tra l'interno dell'individuo ed il mondo esterno.

Nel mondo animale sono numerosi gli esempi di specie che si distinguono per delle particolarità specifiche della propria pelle che, in qualche modo, utilizzano per difendersi, cacciare e sopravvivere. Ad esempio, l'istrice ed il porcospino, ed alcune specie di pesci, hanno la pelle piena di aculei che utilizzano per difendersi quando sono minacciati. Le tartarughe, invece, come i crostacei, hanno una specie di "pelle aggiuntiva", una corazza, contro le aggressioni del mondo esterno. Inoltre, sicuramente degno di nota è il caso dei rettili, animali mitologici, che cambiano la pelle rinnovandola periodicamente. Questi sono soltanto alcuni dei numerosi esempi che possono essere fatti rispetto al mondo animale. È vero, d'altronde, che le pelli animali hanno avuto e continuano ad avere un interesse da parte dell'uomo. Esse sono utilizzate come copertura nei periodi più freddi (pellicce), ed alcuni popoli le utilizzano da centinaia di anni. Inoltre, vi sono dei cosmetici al giorno d'oggi che utilizzano estratti provenienti dalle pelli animali.

L'uomo da sempre ha nutrito interesse per la propria pelle e l'ha utilizzata come modalità di relazione e comunicazione. È nota l'usanza di popoli, nei secoli passati, che avevano l'abitudine di scorticare i prigionieri di guerra, come monito per i propri nemici. In altre civiltà, invece, i rituali di passaggio venivano e vengono ancora oggi segnati attraverso l'incisione, la pratica di forare o di eseguire dei disegni sulla pelle della persona.

Didier Anzieu,(1993) a tal proposito, parla di "*pelle psichica gruppale simbolica*" per evidenziare i segni dell'appartenenza ad un gruppo, differenziandola da quella "*reale*" e da quella "*immaginaria*". Egli sostiene che in una situazione gruppale "*il gruppo strappa le pelli psichiche individuali e le cuce in un involucro narcisistico gruppale.*"

Anche nell'ambito delle perversioni ritroviamo molti sintomi legati ad una iper-attenzione della superficie corporea e quindi della pelle, dagli aspetti più propriamente masochistici (essere colpiti e percossi, provare sensazioni dolorose per arrivare all'eccitamento sessuale) a quelli ancor più drammatici legati a ferite del corpo (provocarsi tagli o incisioni o strapparsi pezzi di pelle).

2.1 *Esther Bick e la funzione primaria della pelle:*

Al di là degli aspetti psicopatologici legati alle perversioni, sicuramente degno di nota è il lavoro fatto dalla psicoanalista inglese Esther Bick relativo alla “...*funzione primaria della pelle del bambino e dei suoi primi oggetti, in relazione alla forma più primitiva di collegamento fra le parti della personalità non ancora differenziate dalle parti del corpo*” .

In relazione alla osservazione dei lattanti, E. Bick ha avanzato l'ipotesi di una “*seconda pelle muscolare*”, pubblicando nel 1968 un articolo molto breve su questo argomento. In esso mostra che, nella loro forma primordiale ed iniziale, le parti della psiche sono indifferenziate rispetto al corpo e sono percepite come prive di una forza coesiva (*binding force*) capace di assicurare loro un legame. Esse devono essere tenute insieme grazie alla pelle che funziona come limite, come confine periferico.

La funzione interna di contenere le parti del Sé dipende, prioritariamente, “*dall'introiezione di un oggetto esterno, vissuto come capace di svolgere questa funzione*” .

Questo oggetto si costituisce, normalmente, durante la poppata grazie alla doppia esperienza che fa il bambino del capezzolo materno contenuto nella bocca e della propria pelle contenuta dalla pelle della madre che lo abbraccia, che lo riscalda, che gli parla e che ha un certo odore che è familiare per il bambino. L'oggetto contenitore viene vissuto concretamente come una pelle. Se la funzione di contenimento viene introiettata il bambino può far propria la nozione di interno ed esterno, differenziando quindi tra Sé e l'Oggetto, ognuno con la sua propria pelle. Se la funzione di contenimento non viene svolta in modo adeguato o per “*una inadeguatezza dell'oggetto reale*”, vale a dire la madre, oppure per degli “*attacchi fantasticati contro di esso*”, questa non viene introiettata. All'introiezione normale si sostituisce una continua confusione di identità. Ed è così che il bambino cercherà freneticamente un oggetto, una luce, una voce oppure un odore che mantenga un'attenzione sulle parti del suo corpo e gli permetta, temporaneamente di tenere attaccate le parti del suo corpo.

Il cattivo funzionamento di questa “prima pelle” può portare il bambino alla formazione di una “*seconda pelle*” sostitutiva rispetto a quella normale provocando come dice E. Bick (1968) una “*pseudoindipendenza*”.

2.2 *Didier Anzieu e l'Io-Pelle:*

In qualche modo, Didier Anzieu (1985), nel postulare la sua teoria dell'Io-pelle, prende spunto dalle ipotesi della Bick. L'Io-pelle, così pensato dallo psicoanalista francese designa “*una rappresentazione di cui si serve l'Io del bambino, durante le fasi precoci dello sviluppo, per rappresentarsi se stesso come Io che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria*”

esperienza della superficie del corpo". In effetti è una realtà di ordine fantasmatico: raffigurato nei sogni e nel linguaggio corrente così come nei disturbi del pensiero. Nello stesso tempo questo Io-pelle fornisce lo spazio immaginario costitutivo del sogno e del linguaggio, così come dell'organizzazione psicopatologica.

Il lavoro di Anzieu parte da alcuni principi ed osservazioni generali.

Egli osserva che lo psichico o lo psichismo è appoggiato costantemente su due versanti: il corpo biologico da una parte e, dall'altra, il corpo sociale. In più, i due "corpi" hanno un appoggio reciproco.

Osserva, inoltre, che il cervello e la pelle sono entità di superficie, vale a dire che hanno due strati, uno esterno più protettivo ed uno interno in grado di filtrare le informazioni e fungere da scambio verso l'esterno. Per quanto riguarda la pelle, lo psicoanalista francese afferma, a giusto titolo, che tra tutti gli organi di senso è il più vitale, ossia che mentre, per esempio, è possibile vivere da ciechi o da sordi, non è possibile vivere senza la maggior parte della pelle. Essa ha il maggior peso e occupa una superficie maggiore di qualunque altro organo di senso. Nell'embrione, inoltre, fa la sua comparsa prima di qualunque altro sistema sensoriale.

È, altresì, interessante notare che la pelle è un sistema a più organi di senso (tatto, pressione, dolore, calore), e svolge anche ruoli annessi ad altre funzioni biologiche (respira, secerne ed elimina, stimola la circolazione e l'escrezione).

Sulla base di questi dati e di altri dati Anzieu afferma che ogni attività psichica si fonda su una funzione biologica. L'Io-pelle trova il proprio appoggio sulle diverse funzioni della pelle:

Sacco che contiene e trattiene all'interno il buono dell'allattamento e delle cure.

Superficie di separazione e di limite con il fuori e protezione delle aggressioni altrui, "*esseri o oggetti*".

Mezzo di comunicazione primario con gli altri, con cui stabilire relazioni significative.

L'Io-pelle può essere considerato come una interfaccia tra madre e bambino. La madre circonda il bambino di un involucro esterno fatto di massaggi e che si adatta, con una certa elasticità, lasciando, tuttavia, uno scarto disponibile all'involucro interno, vale a dire alla superficie del corpo del bambino, luogo e strumento di emissione di messaggi. Questo involucro su misura finisce per individualizzare il bambino grazie al riconoscimento che gli porta la conferma della propria individualità. Se lo strato esterno è troppo aderente alla pelle del bambino, l'Io viene soffocato nel suo sviluppo. Se, invece, lo strato esterno è troppo allentato l'Io manca di consistenza.

L'interfaccia, dunque, via via che il bambino cresce, trasforma il funzionamento psichico in un sistema sempre più aperto in modo tale che madre e bambino si incammino verso funzionamenti sempre più separati. La tappa successiva è quella della cancellazione di questa pelle comune e il

riconoscimento che ciascuno ha una propria pelle. Se questo processo avviene il bambino acquista un Io-pelle che gli è proprio e che gli consente da una parte di avere un involucro psichico contenente dei contenuti psichici (es: contenitore – contenuto di Bion, 1962) e dall'altra parte di interiorizzare l'ambiente materno che diventa, così, il mondo dei pensieri delle immagini e degli affetti.

Anzieu (1985) aggiunge, inoltre, che se tutto questo non avviene il rischio dei meccanismi di difesa è quello di portare verso affezioni di tipo dermatologico o masochistico.

La premessa costitutiva è legata alla nozione biologica che rimanda alla concezione secondo la quale la pelle, intesa come superficie del corpo ed il cervello, e la superficie del sistema nervoso centrale derivano dalla medesima struttura embrionale, ossia dall'ectoderma.

L'autore individua nove funzioni costitutive dell'Io-pelle, ne riporteremo solo alcune.

L'Io-pelle adempie ad una funzione di **conservazione della vita psichica** così come la pelle assolve ad una funzione di copertura conservativa dello scheletro e dei muscoli. Anzieu paragona l'Io-pelle ad una parte della madre che è stata interiorizzata, nello specifico alle sue mani, e che mantiene la vita psichica in grado di funzionare proprio come quando la madre mantiene il corpo del bambino in uno stato di unità e solidità quando è lattante.

Alla pelle, che ricopre l'intera superficie del corpo e nella quale sono inseriti tutti gli organi di senso esterni, corrisponde la **funzione di contenitore** (concetto Bioniano) **dell'Io-pelle**. Questa funzione viene esercitata principalmente dall'*handling* materno. Per *handling* Winnicott intende l'aspetto di cura e accudimento più prettamente fisico che la madre "sufficientemente buona" garantisce al bambino attraverso il contatto corporeo: carezze, abbracci, cura della sua igiene, attenzione per il suo corpo, eccetera. L'*handling* contribuisce all'*holding* (altro concetto Winnicottiano) ma non è la stessa cosa. Per *holding* si intende infatti l'ambiente responsivo e di sostegno che la madre offre al bambino ed all'interno del quale egli è contenuto e fa le sue prime esperienze (Winnicott, 1965). L'Io-pelle svolge dunque una funzione di contenitore (di un apparato psichico), funzione che, nelle prime fasi di vita del bambino, viene esercitata principalmente dall'*handling* materno; per esempio, durante la poppata, il bambino fa l'esperienza della propria pelle contenuta dalla pelle della madre che lo abbraccia, lo riscalda, gli parla e ha un odore che è familiare. L'oggetto contenitore, ancora indifferenziato dal sé, viene vissuto concretamente come una pelle. Solo se la funzione di contenimento viene introiettata il bambino può far propria la nozione di interno ed esterno, differenziando quindi tra Sé e l'Oggetto, ognuno con la sua propria pelle. Come la pelle avvolge tutto il corpo allo stesso modo l'Io-pelle avvolge l'apparato psichico. Alla carenza di tale funzione di contenitore corrispondono due tipi di angoscia: A) angoscia di una eccitazione pulsionale diffusa, sparsa, non localizzabile del tipo *nucleo senza scorza* (l'individuo cerca una scorza sostitutiva nel

dolore fisico o nell'angoscia psichica); B) l'involucro esiste ma la sua continuità è interrotta da buchi: *Io-pelle colabrodo* (in questo caso è difficile che i ricordi vengano conservati).

Così come la membrana delle cellule organiche protegge la loro individualità distinguendo i corpi estranei, allo stesso modo l'Io-pelle assicura una **individuazione del Sé** che gli dà il sentimento di essere unico.

L'Io-pelle è una superficie psichica che collega tra loro sensazioni di diversa natura: funzione di **“intersensorialità”**. Alla carenza di questa funzione corrisponde la situazione di spezzettamento del corpo, di smontaggio, cioè di un funzionamento indipendente di ogni organo di senso.

Come la pelle fornisce informazioni dirette sul mondo esterno (tatto, dolore, variazioni di temperatura) così l'Io-pelle svolge la funzione di iscrizione delle tracce sensoriali e tattili.

Ipotesi di una **anti-funzione dell'Io-pelle**, vale a dire una funzione negativa a servizio di Thanatos che mira alla distruzione della pelle.

3.3 *Wilfred Bion e la barriera di contatto:*

Wilfred Bion, in *“Apprendere dall'Esperienza”* (1962), partendo dalla concettualizzazione della *“funzione alfa”* si ricollega a Freud sottolineando l'instaurazione di un punto di contatto tra conscio ed inconscio ed il passaggio selettivo degli elementi da un piano all'altro. La natura del passaggio dalla coscienza all'inconscio e viceversa determinerà la natura della barriera di contatto e degli elementi che la compongono. La funzione alfa è definita come *“una astrazione utilizzata dall'analista per descrivere una funzione di cui ignora la natura”*. È una funzione (paragonabile al nostro sistema digestivo) che serve a trasformare gli elementi beta in elementi alfa. Gli elementi beta sono da intendersi come *“cose in sé”*, in senso kantiano, vale a dire elementi primitivi ed inconoscibili della nostra mente che *“aspettano”* di essere dotati di senso e quindi trasformati in elementi alfa. Questo processo di cambiamento è possibile, quindi, grazie alla funzione alfa che, quando è operante, permette di produrre degli elementi alfa che sono suscettibili di essere immagazzinati ed utilizzati per la produzione dei pensieri e dei sogni. Se questa funzione è, per qualche ragione, disturbata, non si produrranno elementi alfa e, di conseguenza gli elementi beta resteranno immutati, non potranno essere utilizzati nei sogni ma soltanto nel meccanismo di *“identificazione proiettiva”*, quindi evacuati.

Bion sostiene che la funzione alfa, sia durante il sonno che nello stato di veglia, trasforma quelle che egli chiama *“le impressioni di senso”*, legate ad una esperienza emozionale, in elementi alfa che si riuniscono insieme a mano a mano che proliferano per formare la *Barriera di Contatto*. Questa barriera, che segue un processo continuo di formazione, segna il punto di contatto e separazione tra gli elementi consci ed inconsci ed è all'origine della loro distinzione. La sua natura

dipende dagli elementi alfa immagazzinati e dal loro modo di relazionarsi. Bion dice: “*essi possono assemblarsi. Possono essere agglomerati. Possono essere ordinati in una sequenza in maniera tale da assumere l’aspetto di un racconto (... nel sogno). Possono essere ordinati logicamente. Possono essere ordinati geometricamente.*”

Nella pratica clinica con i pazienti oncologici le teorizzazioni bioniane di contenitore e contenuto, di Io-pelle e pelle psichica, barriera e contatto sono estremamente appropriate. La malattia oncologica crea fratture e lacerazioni del Sé, del corpo, e della pelle. Il corpo è stato “penetrato” da un male. Ma anche le cure per sconfiggere il cancro sono delle cure che “penetrano” nel corpo della persona attraverso iniezioni, buchi, stomie, amputazioni, ed alterano, a volte irrimediabilmente, la sua immagine corporea. Il paziente tenta di utilizzare la sua “barriera” naturale per proteggersi. A volte questa “barriera” diventa così rigida che è impossibile raggiungere il paziente su un piano emotivo, altre volte la “barriera” crolla irrimediabilmente frammentando e lasciando la persona senza difese.

Contenitore e contenuto, barriera e penetrazione, sono tutte terminologie, teorizzazioni, che danno la funzione al corpo e alla pelle di registrare le emozioni o, al contrario, impedirne il passaggio.

Il corpo ha sempre bisogno di un contatto, ed ancor più quando è un corpo malato. La malattia fa regredire la persona ad una fase paragonabile a quella infantile quando il bambino ha bisogno di cure. Il bambino, quando nasce, ha bisogno di una madre capace di “reverie”, vale a dire capace di comprendere i suoi bisogni e soprattutto dargli un nome.

Di fronte all’impatto con la malattia la persona è incapace di contenere l’angoscia, che è un’angoscia di morte, pertanto incontenibile, e cerca di evacuarla proiettandola verso i diversi “contenitori” con cui si trova a relazionarsi in questa fase. Ecco, dunque, che cercherà di proiettare i suoi contenuti mortiferi verso i familiari, nei confronti dell’équipe medica e di tutti gli operatori sanitari. Tutte le persone attorno al paziente diventano contenitori più o meno capaci di contenerne i contenuti evacuati.

Spesso i malati oncologici, e soprattutto i bambini malati di tumore, sono terrorizzati perché non capiscono quello che sta succedendo. A volte, i parenti non sono capaci di contenere e di dare un nome alle paure del bambino, così può capitare che il livello di angoscia è così alto che potrebbe essere paragonato al concetto bioniano di “*terrore senza nome*”.

I bambini malati di tumore, durante tutto il periodo della cura, hanno bisogno di essere contenuti, di avere delle persone capaci di “reverie” ed, espresso con le parole di Winnicott, di “ *Holding*”, di contatto affettivo e di cura del corpo per appropriarsi delle proprie emozioni e sensazioni senza rimanerne distrutti.

4.0 Il Contatto: Scene Cliniche

Durante l'osservazione nel Québec abbiamo avuto la possibilità di osservare i massoterapeuti all'opera all'interno di diversi reparti di Oncologia Pediatrica. Abbiamo osservato molti bambini e adolescenti essere massaggiati e abbiamo potuto riflettere rispetto a quello che accade nella stanza del paziente quando avviene l'incontro con il massoterapeuta.

A poco a poco è parso sempre più evidente come alcuni massaggi praticati ai pazienti possano essere considerati dei gesti terapeutici, degli atti che favoriscono l'instaurarsi di un processo di cambiamento psichico nella persona (bambino, adolescente o adulto).

I gesti che desideriamo trattare hanno a che fare con alcuni aspetti della patologia oncologica e dello sviluppo del bambino e dell'adolescente. Sono fondamentalmente legati a quattro situazioni: 1) *le lallazioni nei bambini*, 2) *l'immagine e i nuovi confini del corpo*, 3) *il sonno: il massaggio come "spazio transizionale"* 4) *la fase avanzata di malattia: un corpo ancora vivo*.

Le situazioni cliniche riportate sono ambientate nelle stanze dei pazienti nell'ospedale e si riferiscono a bambini o adolescenti che ricevono cure antitumorali (radioterapia e/o chemioterapia).

Quasi sempre, l'incontro con i pazienti è durato da 10 a 40 minuti.

Quello che cercheremo di descrivere, quindi, è il setting del massaggio, quello che succede nella stanza, la relazione che si instaura e il gesto terapeutico che, secondo noi, viene a prodursi.

Il gesto del massaggio offre, in tal senso, un altro punto di osservazione e di decodifica di comportamenti e situazioni, sia in relazione al transfert ed al controtransfert, sia rispetto alle potenti dinamiche familiari che hanno grande importanza durante i colloqui clinici effettuati al letto di un paziente malato di tumore.

Le situazioni cliniche osservate, i gesti legati al massaggio, servono come lettura di altre situazioni cliniche, che, pensiamo, ben rappresentano, alcuni aspetti, altamente drammatici, legati alla patologia tumorale e alla sua potenza distruttiva rispetto agli affetti ed alle relazioni intime ed interpersonali.

4.1 Le lallazioni:

Alissya: Sono le 10:30 circa di mattina. La massoterapeuta bussava nella stanza chiedendo il permesso di entrare. Il permesso viene accordato dalla mamma della paziente ed lo psicologo della nostra équipe entra con lei. Viene presentato alla mamma come psicologo italiano che viene ad osservare la massoterapia in Canada per poterla esportare, in futuro, in Italia.

Sul letto c'è una bambina molto piccola, ha 1 anno e mezzo circa, è affetta da una Leucemia Acuta non Linfoblastica ed in più ha una trisomia 21. Alissya sta seduta sul letto, ha lo sguardo triste ed è attorniata da tanti giocattoli, soprattutto peluche.

I letti per i bambini in Ospedale sono particolari: nella parte in basso hanno la forma di macchine da corsa, sono colorati ed hanno delle ruote per facilitare gli spostamenti. In alto, hanno la possibilità di abbassare e sollevare le grate per permettere da una parte le cure mediche e dall'altra evitare che il bambino possa cadere.

Non è la prima volta che Alissya viene massaggiata, è già da parecchio tempo in ospedale ed ha ricevuto qualche massaggio. La madre sembra abbastanza tranquilla, è giovane ed è sola con la figlia nella stanza.

La massoterapeuta comincia il suo "rituale". Dal cestino che porta sempre con sé tira fuori uno degli oli profumati, si accosta alla bambina ed avvicina l'olio al naso per farle sentire il profumo. La bambina sorride, vuol dire che la boccetta le è piaciuta oppure che si è ricordata della volta precedente. A questo punto la massoterapeuta, aziona il sistema di elevazione del letto per portarlo ad una altezza ottimale, mette l'olio sulle sue mani e comincia a praticare il massaggio. È estremamente delicato, comincia per le gambe, che sono scoperte, poi passa alle braccia per arrivare infine alla schiena. La madre della piccola è seduta su una sedia e sembra disinteressarsi apparentemente della figlia. Sembra utilizzare questo breve momento per rilassarsi.

Alissya, quando la massoterapeuta inizia a praticare il massaggio, comincia ad emettere dei suoni, delle lallazioni prolungate, regolari, come se facesse un gran discorso. La massoterapeuta interagisce con lei, parlando, dicendole: "*ça te plait? (questo ti piace?)*". Il massaggio dura circa 10 minuti, poi la massoterapeuta saluta ed usciamo dalla stanza.

Albert: sono le 11.30 di mattina, come d'abitudine la massoterapeuta bussa alla porta della stanza ed entra. Sul lettino c'è Albert, ha 11 mesi, neuroblastoma ed idrocefalo. È un bambino molto vivace e sorridente. All'inizio ci osserva cercando di capire che cosa ci facciamo nella stanza, in seguito sembra dimenticarsi della nostra presenza. Restiamo in piedi in un angolo della stanza, in modo da poter osservare il massaggio. Anche con Albert la massoterapeuta prende una boccetta di olio profumato la avvicina al suo naso per far sentire l'odore. La mamma del bambino aziona lo schermo- DVD attaccato al lettino di Albert con i suoi cartoni animati preferiti. La massoterapeuta comincia a massaggiare i piedi e le gambe. Albert comincia a emettere delle lallazioni, quasi ridendo. Si muove abbastanza durante il massaggio e cerca di raggiungere il piccolo schermo da dove provengono le immagini per toccarlo. Anche in questo caso il massaggio dura pochi minuti, ma il bambino sembra soddisfatto del trattamento che gli è stato riservato.

Didier Anzieu parla dell'Io-pelle come di una superficie psichica che collega tra loro sensazioni di diversa natura: funzione di “*intersensorialità*” e lo collega ai diversi involucri relativi ai sensi del bambino che sono stimolati dall'interazione con la madre. È in tal senso che l'autore parla di involucro **sonoro, termico, olfattivo e gustativo**. Sembra verosimile, seguendo le ipotesi di Anzieu (1985), che il massaggio così come presentato nei casi clinici possa accedere almeno a tre dei quattro involucri (escludendo quello gustativo, anche se diversi bambini osservati chiedevano di avere in mano la boccetta dell'olio per poi portarla alla bocca). È, inoltre, interessante notare che Donald Winnicott, (1951) ha parlato del balbettio del bambino considerandolo come un “*fenomeno transizionale*”.

Noi pensiamo che il bambino riesce a differenziare tra atti medici e atti di rilassamento, vale a dire che, dopo un po' di tempo che si trova in ospedale, ha consapevolezza che alcune persone (medici, infermieri) manipolano il suo corpo e gli fanno del male ed altri, invece (massoterapeuti, ludoterapisti) cercano di procurargli del piacere. Sicuramente un ambito più complesso di riflessione riguarda gli aspetti di “eccitazione” legati al toccare il corpo da parte di una persona altra rispetto ai genitori. Un' ipotesi che ci viene in mente attiene alla differenza fatta da S. Ferenczi (1933) relativa ai due tipi di linguaggio che si possono instaurare con il bambino, ed anche con l'adulto, attinenti alla sfera affettiva, vale a dire “*il linguaggio della tenerezza*” ed “*il linguaggio della passione*”. Riteniamo che i massoterapeuti, manipolano il corpo utilizzando il primo tipo di linguaggio, quello, cioè, relativo alla tenerezza, legato al proteggere, al confortare e, quindi, escludendo il gesto del massaggiare dalla sfera più propriamente erotica.

4.2 *Immagine e nuovi confini del corpo:*

Yashmine: è primo pomeriggio nel Reparto di Oncologia Pediatrica a Montréal. Oggi, insieme alla massoterapeuta dell'ospedale ed al nostro psicologo, c'è anche una massoterapeuta stagista del Corso di Formazione in Oncologia. Deve svolgere delle ore di pratica presso delle strutture ospedaliere ed oggi è venuta nel reparto per massaggiare dei bambini. La massoterapeuta responsabile del servizio dice che inizialmente entrerà lei da sola, per vedere se la ragazza che si trova nella stanza è d'accordo a fare entrare tre persone e ad essere massaggiata dalla stagista. Dopo pochi minuti si entra nella stanza. La ragazza ha acconsentito.

Yashmine ha 19 anni ed è una bella ragazza, ha due occhi molto grandi ed è sorridente. Le è stato diagnosticato un osteosarcoma alla caviglia. L'estensione del tumore e la sua localizzazione hanno costretto i medici a procedere per l'amputazione del piede fino a sopra la caviglia. Adesso è nella fase dei trattamenti chemioterapici per escludere delle recidive in qualche altra parte del corpo.

Nella stanza c'è la madre che, poco dopo il nostro arrivo, si allontana dicendo che ne approfitta per andare a mangiare. La massoterapeuta comincia a parlare con la paziente e a domandarle: *“comment ça va, aujourd'hui?”* (come va, oggi ?), Yashmine risponde: *“pas bien, j'ai un peu de douleur, un peu par tout”* (non bene, ho un po' di dolore, un po' da per tutto). La paziente da un po' di tempo ha deciso di avere il servizio della massoterapia a domicilio una volta a settimana.

La stagista decide a questo punto di fare un massaggio completo per tutto il corpo. Si esce di nuovo dalla stanza per qualche minuto, il tempo di far spogliare Yashmine e farla sistemare sul letto a pancia in giù. Il massaggio comincia. La ragazza è coperta da un lenzuolo, la massoterapeuta stagista comincia a scoprire soltanto la parte che in quel momento va a massaggiare. Si instaura subito un clima molto privato e silenzioso. La stagista e Yashmine non parlano, il massaggio è eseguito dolcemente lungo tutto il corpo, prima le braccia, poi la schiena, infine le gambe e i “piedi”. L'atmosfera è estremamente intensa, le luci nella stanza sono soffuse, Yashmine resta immobile per tutto il tempo del massaggio. Accanto a lei, appoggiata al muro si vede la sua protesi, una specie di scarpone alto da infilare, come una calza, sull'arto amputato. La massoterapeuta stagista arriva a massaggiare per prima la gamba non amputata, praticando il massaggio fino al piede. Alla fine scopre l'altra gamba dove è possibile vedere l'amputazione. Comincia quasi all'altezza del bacino, scendendo gradualmente verso il basso e, con grande stupore da parte del nostro psicologo, continua così come aveva fatto con l'altra gamba, facendo delle manovre “immaginarie” che percorrono tutto l'arto, anche la parte amputata. Alla fine ritornando sull'arto mancante, delimita la sua fine massaggiando molto delicatamente la pelle, come se, in qualche modo definisse i bordi, i nuovi limiti corporei.

Alla fine del massaggio, durato 40 minuti, Yashmine è molto soddisfatta, ringrazia con un sorriso e sembra molto più rilassata.

Le amputazioni, sicuramente, hanno un carattere di tragicità difficile da gestire. In maniera ancor più evidente per gli adolescenti che in questa fase della loro vita sono alla costante ricerca di una propria immagine corporea soddisfacente e che si confrontano tutti i giorni con i canoni e gli stereotipi di bellezza della società attuale.

L'arto amputato è un marchio a vita che ricorderà costantemente la malattia che si è affrontata. È il segno indelebile e doloroso di quello che un malato ha vissuto, ed è, per di più, il segno evidente di un nemico, il cancro, che quasi sempre è presente ma non visibile. Nelle amputazioni il tumore prende forma ed è riconoscibile al prezzo, però, di una mancanza nel corpo.

Da considerare, inoltre, è la sintomatologia legata all'arto fantasma. Per diverso tempo, degli anni probabilmente, la persona avrà la sensazione di sentire ancora la parte amputata, sentirà dolore,

formicolii, proverà dei fastidi. È come se la memoria del corpo, la sua immagine, dovesse adeguarsi ad una nuova situazione che richiede molto tempo. La persona deve fare il lutto dell'arto, disinvestire quella parte e ricostruire una nuova immagine corporea. Tutto questo è estremamente difficile e dispendioso dal punto di vista delle risorse emotive impiegate.

Il massaggio, in tal senso, riteniamo che porti un gesto terapeutico molto importante. Di fronte alle amputazioni, l'istinto primario è quello di non vedere, di non toccare, di tenere lontana la persona perché perturbante. Il massaggio, in qualche modo, dona un messaggio esattamente contrario, vale a dire che si può toccare una parte amputata, che non è così terribile e mostruoso. Inoltre, per i pazienti amputati il gesto del toccare facilita la costruzione della nuova immagine corporea. C'è qualcuno che si occupa del corpo e aiuta a scoprire i nuovi confini, i nuovi margini che delimitano la persona. Ancora una volta ci viene in mente il significato di un Io-pelle *“che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo”* (Anzieu 1985). In questo caso si tratta di una nuova superficie corporea che attraverso un contatto “delicato e profumato” cerca di assumere la connotazione di una neo-barriera, non più spaventosa.

4.3 Addormentarsi: il massaggio come “spazio transizionale”:

Denise: Nel reparto di Oncologia Pediatrica arriva una signora, la mamma di una paziente, cercando la massoterapeuta. È sorridente, la saluta e dice che la figlia è ricoverata in terapia intensiva, perché ha subito un intervento di biopsia. Ha delle macchie al polmone, si pensa ad una recidiva della malattia originaria, un osteosarcoma alla spalla, asportato completamente un anno fa, senza amputazione. Si decide di andare a trovare la paziente. Denise ha 16 anni, ma ne dimostra un po' di più. Ci accoglie sorridente, sembra che l'intervento subito il giorno prima non l'abbia quasi toccata. Parla tranquillamente, lei e la madre sorridono, fanno delle domande incuriosite dalla presenza del nostro psicologo. La massoterapeuta chiede alla ragazza dove vuole essere massaggiata. Si decide per le gambe ed i piedi. La massoterapeuta comincia ma è costretta ad interrompere il massaggio perché entrano i medici nella stanza e, quindi, bisogna lasciare il posto a loro. Ritorniamo dopo circa 20 minuti e finalmente il massaggio può essere fatto. La madre si allontana dicendo che deve fare delle telefonate. Denise comincia a chiudere gli occhi ed a poco a poco si addormenta. Quando il massaggio finisce, circa 25 minuti, la ragazza è addormentata, la madre è appena tornata così si può salutare ed andar via. Nel percorso di ritorno verso il Reparto di Oncologia Pediatrica lo psicologo accenna alla massoterapeuta il suo stupore relativo alla apparente tranquillità della ragazza e della madre sia rispetto all'operazione chirurgica, sia rispetto alla supposta diagnosi di recidiva. La massoterapeuta confida che, anche se è vero che apparentemente la coppia madre-figlia

ha sempre avuto questa modalità di relazione, lei ogni volta che massaggia Denise sente una contrazione muscolare estremamente intensa che rende il massaggio difficile da effettuare.

Il sonno e il dormire sono aspetti estremamente importanti con i pazienti oncologici. È sicuramente vero che i trattamenti chemioterapici molto forti provocano difficoltà ed alterazioni del ciclo sonno-veglia. In più il cambiamento di luogo ed i ritmi naturali della vita in ospedale non favoriscono di certo la possibilità di avere un sonno regolare e riposante.

Al di là di questi aspetti sicuramente esistenti, un'importanza ancora maggiore riveste l'impatto psicologico della malattia sulla capacità di dormire.

Il cancro è sempre associato alla morte ed al morire e, come appare chiaro, l'angoscia di morte è talmente elevata che invade tutti gli aspetti della persona. Addormentarsi può significare non risvegliarsi più, e questo risulta impensabile. Il corpo reagisce cercando di non dormire, di non morire, quindi restando sveglio, vivo, il più possibile.

Il massaggio può, spesse volte, operare una funzione vicariante e di aiuto rispetto alla possibilità di addormentarsi, diventando "uno spazio-oggetto transizionale". Il contatto "amorevole" con il corpo della persona malata diventa un luogo sicuro. Il massoterapeuta tocca il corpo, ma è come se in qualche modo lo cullasse, è una protezione o meglio una rassicurazione per il bambino o l'adolescente malato di tumore. È come se ci fosse qualcuno che veglia su di lui, che lo tranquillizza sul fatto che dormire non significa morire, che si può dormire e ci si può di nuovo svegliare. Queste situazioni impongono una riflessione su come un gesto apparentemente semplice come quello del massaggio e del toccare diventi profondamente complesso ed investito di significati. Alle volte il corpo ha bisogno di un contatto che lo rassicuri e lo faccia risuonare. Essere toccato e sentire qualcuno che tocca significa essere vivo e potersi permettere di abbandonarsi al sonno e al dormire perché c'è qualcuno che veglia e rassicura.

4.4 La fase avanzata della malattia: un corpo ancora vivo!

Robert: Oggi, un bambino ha chiesto di avere un massaggio. Non capita spesso che avvenga la richiesta, normalmente è più usuale che sia la massoterapeuta a domandare. Come consuetudine si entra nella stanza dove sul letto si trova Robert con la madre. Anche in questa situazione lo psicologo viene presentato e Robert comincia a fare molte domande. Appare subito chiaro che è un bambino "speciale". Ha 10 anni ma parla come un adulto. La madre sembra paradossalmente più piccola rispetto al figlio. Robert, è in fase terminale della malattia, ha dolori diffusi in tutto il corpo. È sotto trattamento di morfina che, però, alcune volte non riesce a sedarlo completamente. Così chiede aiuto alla massoterapeuta. Ha imparato ad apprezzare e ad utilizzare il massaggio nei

momenti più critici e sa riconoscerne gli effetti sul suo corpo. Oggi ha dolore alle ossa piatte; la massoterapeuta comincia a massaggiarlo. Il massaggio dura circa 45 minuti, durante tutto il tempo Robert e la massoterapeuta parlano di molte cose... cose da grandi. Alla fine il piccolo paziente chiede di poter ricevere un altro massaggio l'indomani, prima di tornare a casa, perché pensa che ne avrà bisogno.

La fase avanzata è uno dei momenti più difficili e dolorosi per tutti. Sia per l'équipe curante che ha seguito il paziente per tutto il periodo delle cure sia, soprattutto, per la famiglia, che vede avvicinarsi il momento dell'ultimo viaggio del proprio figlio. La fase terminale viene, spesso a torto, considerata come una pre-morte. Il paziente, bambino o adulto, ha delle esigenze, dei desideri, dei bisogni che vuole soddisfare. La massoterapia viene anche utilizzata nel Quebec nelle strutture Hospice che accolgono i pazienti in fase terminale. Sicuramente anche in questo caso il gesto del toccare assume un notevole valore terapeutico. La persona non è morta, il paziente riceve qualcuno che gli fa sentire ancora il proprio corpo, che non lo tratta "come un simile dissimile" (Nesci D.A., Poliseno T.A., 1998), ma da essere vivente che ha ancora bisogno di aiuto. Non è un conto alla rovescia rispetto all'ultimo giorno di vita ma è un vivere degli istanti molto più intensamente. Se c'è qualcuno che tocca, il corpo esiste ed è un corpo ancora vivo che può essere toccato.

5.0 I sogni dell'équipe: conclusioni

L'esperienza in Canada è stata intensa ed il lavoro ha inevitabilmente condizionato la vita privata portando spesso i bambini e le situazioni che si vivevano nei nostri sogni. Pensiamo che possa essere interessante utilizzare in senso professionale anche questo nostro "materiale onirico" per capire i nuovi contributi apportati da questa esperienza con la massoterapia. Del resto la letteratura scientifica è ricca di riferimenti orientati verso questa stessa direzione: *"Talora i sogni dei terapeuti hanno la funzione di aiutare il terapeuta a presentificare a stesso la situazione interiore del suo paziente, per cercare nuove vie che consentono di uscire da quel mondo di cui il terapeuta ha avuto in sogno l'esperienza/.../Nell'azione onirica il terapeuta è lui stesso il paziente e lo vive intransitivamente"* (G. Benedetti 1997). Per questo motivo vogliamo raccontare brevemente i sogni che sono stati fatti a Montreal e che sono rimasti impressi nella mente.

Sogno n°1: Mi trovo nella mia camera a Montréal ed è sera. Mi accorgo di avere conficcati tantissimi aghi nel palato tanto da non riuscire a chiudere la bocca. Non provo dolore ma una sensazione di grande fastidio nel momento in cui cerco di chiudere ed aprire la bocca e sento il rumore molto sgradevole di questi. All'improvviso arriva alla porta della mia stanza una persona conosciuta del Reparto di Oncologia Pediatrica dove ho lavorato per diverso tempo e comincia

parlare. Io non ascolto assolutamente quello che dice ma mi stupisco di come non si accorga della mia situazione, estremamente visibile ed alquanto drammatica. Questa persona va via ed io mi sveglio con una sensazione strana. In effetti, mi accorgo di avere la bocca molto secca, ho difficoltà a muoverla ed ho assolutamente bisogno di bere.

Sogno n°2: Sto camminando in una strada di Montréal, in un posto che non conosco. Guardandomi mi accorgo che una delle mie scarpe è bucata all'altezza del tallone. Il foro è molto profondo poiché vedo che fuoriesce del sangue. Non provo dolore ma una sensazione di disgusto. Mi sveglio.

Sogno n°3: Sono a Montréal in un bar e sto mangiando. Vedo che si avvicina a me una persona che mi sembra un po' strana., comincia a parlarmi in francese ed io non riesco a capire quello che dice anche perché è ubriaco e l'articolazione delle frasi è resa ancor più difficile. Gli chiedo di ripetere perché ho difficoltà a capire. Questa persona comincia ad alterarsi e a gridare, si fa molto minacciosa e comincia a spingermi e a gridare sempre più forte. A questo punto io sono veramente arrabbiato: mi alzo dalla sedia sulla quale ero seduto, lo afferro per il collo e comincio a sbattere la sua testa contro il muro. Lui cade a terra svenuto. Un bambino si avvicina e mi chiede se ho bisogno di aiuto, gli dico di sì e gli chiedo di chiamare qualcuno. Si allontana ma, invece di andare a cercare qualcuno per aiutarmi, si ferma a parlare tranquillamente con la sua famiglia come se io non gli avessi chiesto nulla. Mi sveglio.

I sogni qui sopra elencati sono degli incubi, che sono stati fatti durante i primi due mesi dell'osservazione in Canada. Al di là del significato o dell'interpretazione specifica di ciascun sogno pensiamo che sia estremamente interessante notare che tutti e tre parlano di un contatto del corpo più o meno violento.

Nei sogni ci sono aghi, buchi, contatti violenti. Il corpo viene ferito o si ferisce e tutto questo diviene insopportabile per la coscienza tanto che, ogni volta, ci si sveglia impossibilitati a completare il sogno.

Questi sogni ci fanno venire in mente tutta l'angoscia che può avere un bambino malato di tumore o la sua famiglia e l'impatto potente che la malattia ha sul corpo.

Gli aghi sono il mezzo con il quale la chemioterapia entra nel corpo della persona malata di tumore. È un contatto violento e doloroso; le terapie medicali sono a tutti gli effetti dei veleni iniettati nell'individuo, provocano nausea, vomito, perdita dei capelli e tutto questo porta ad un cambiamento dell'immagine del proprio corpo che viene spesso vissuta come inaccettabile.

Il sogno del buco nel tallone ci fa pensare ad un' amputazioni del corpo e alle storie cliniche da noi raccontate su questa vicenda. Il tallone poi rappresenta il punto debole che può far morire anche un essere superiore, un semidio (Achille). Le amputazioni sono, infatti, delle grandi ferite narcisistiche per la persona che le subisce. Il corpo è costretto a vivere un lutto e a ricostruire un'immagine corporea a partire da una perdita. La vista di un' amputazione è il segno incancellabile e sempre vivo della malattia che è stata vissuta, lo sguardo rivolto ad un arto mancante provoca ribrezzo, rabbia, e sicuramente tende a pietrificare l'individuo. Gli operatori sanitari sono, dunque, chiamati ad un difficile lavoro: devono essere in grado di non mummificarsi, ma tentare di rivitalizzare (come la massoterapeuta ha fatto con la ragazza amputata) parti del corpo o dell'animo che la malattia fisica o psichiatrica possono far morire.

Il massoterapeuta può facilitare il processo di elaborazione e rivitalizzazione attraverso il contagio fisico, toccando il corpo; lo psicoterapeuta può consentirgli di esprimere il suo dolore e la sua rabbia, attraverso il contagio emotivo, spesso silenzioso: ascolto e sintonizzazione. Entrambi sono al letto del malato, ovvero in quello spazio e in quel tempo di massima angoscia, entrambi stabiliscono un contatto utilizzando gesti diversi (il toccare e l'ascolto) ma assolutamente terapeutici.

Il terzo sogno parla di un contatto violento tra due corpi, la rabbia che emerge e la difesa nei confronti di un'altra persona giudicata pericolosa ed aggressiva; c'è inoltre il bambino che non risponde al bisogno di aiuto. Il contatto ha, dunque, questa duplice possibilità: da una parte può essere un valido strumento per operare dei cambiamenti positivi e terapeutici sulla persona che lo riceve, dall'altra parte, può essere così violento da traumatizzare. Questo sogno, però, ci fa venire in mente anche la solitudine che proviamo spesso noi operatori, quando ci ritroviamo da soli davanti ad una situazione che mobilita troppe emozioni. Per evitare di sentirci in trappola nel nostro lavoro o traditi e rapiti dai nostri stessi pazienti dobbiamo imparare a chiedere aiuto ad un gruppo che ci possa nutrire e supportare mentre ci mettiamo profondamente in gioco sulla scena clinica.

L'essere umano ha bisogno di non sentirsi solo e questa necessità è ancor più impellente nei momenti, come la malattia, in cui ha minori risorse per difendersi e reagire agli stimoli esterni.

L'osservazione in Canada, a contatto con i massoterapeuti, ci ha insegnato ancor meglio che dove c'è un corpo malato ci deve essere una persona che si prende espressamente cura di questo corpo, che lo protegge, lo culla, lo avvolge, cercando di far diminuire il più possibile l'angoscia ed il dolore provocato dalle ferite o dalle amputazioni di questo.

Gli psicoterapeuti che lavorano in ospedale con i malati di cancro ed i loro familiari non devono mai dimenticare che primariamente è il corpo che è "affetto" e provoca sentimenti di angoscia e di

rabbia... quei sentimenti che rendono paziente (ricco di *pathos*) chi ha bisogno del nostro aiuto professionale e delle nostre cure.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU D.: 1985, *L'Io-pelle*, Roma, Borla 1994
- ANZIEU D.: 1993, *L'Io-pelle familiare e gruppale*, (Riv. *Interazioni* 1/96), Milano, Franco Angeli
- ARAKAWA S.: 1997, *Relaxation to reduce nausea, vomiting and anxiety induced by chemotherapy in japanese patients*, *Cancer* 20:342-349
- BENEDETTI G: 1997 *La psicoterapia come sfida esistenziale*, Raffaello Cortina EDITORE
- BICK E.: 1968, *L'Esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, Boringhieri, 1974
- BION W.R.: 1962, *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma, 1998
- BONANNO M., NESCI D. A., POLISENO T. A.: 2002, Il contenimento in Oncologia Pediatrica, in *Problematiche Psico-Oncologiche negli interventi educativi e psicopedagogici per l'integrazione degli alunni ospedalizzati*, Anicia srl, Roma.
- BREUER J., FREUD S. : 1892-95 Studi sull'Isteria in Freud S. "Opere" vol. 1, Boringhieri, Torino.
- BROWN MENARD M.: 2003, *Making Sense of Research (A Guide to Research Literacy for Complementary Practitioners)*, Toronto, Curties-Overzet Publications Inc.,
- CURTIES D.: 1999, *Massage Therapy & Cancer*, Moncton-new Brunswick, Canada, Curties-Overzet Publications Inc.
- FERENCZI S.:1933, "Confusion of Tongues between Adults and the child: The Language of Tenderness and Passion", *Contemporary Psychoanalysis* 24, 2: 196-206, April 1988
- FIELD T.: 2000, *Touch Therapy*, London, Curchill Livingstone
- FIELD T., HERNANDEZ-REIF M., LaGRECA A. et al.: 1997, *Glucose level decreased after giving massage therapy to children with diabetes mellitus*, *Diabetes Spectrum*, 10:23-25
- FIELD T., QUINTINO O., HERNANDEZ-REIF M.: 1998, *Adolescent with attention deficit hiperactivity disorder benefit from massage therapy*, *Adolescence* 33:103-108
- FIELD T., LASKO D., MANDY P. et al.:1996, *Autistic chindren's attentiveness and responsivity improved after touch therapy*, *Journal of Autism & Developmental Disorder*, 27 (3):329-334
- FIELD T., SCAFIDI F., SHANBERG S.:1987, *Massage of preterm newborns to improve growth and development*. *Pediatric Nursing* 13:385-387
- FISHER S., CLEVELAND S.: 1968, *Body image and personality*, Dover, New York
- FREUD S.: 1887-1902, *La Naissance de la Psychanalyse*, Presses Universitaire de France, Paris, 1956
- FREUD S.: 1900 L'interpretazione dei sogni in Freud S. "Opere" vol. 2, Boringhieri, Torino.
- FREUD S.: 1920 Al di là del principio di piacere in Freud S. "Opere" vol. 9, Boringhieri, Torino.
- FREUD S.: 1925 Nota sul notes magico in Freud S. "Opere" vol. 10, Boringhieri, Torino.
- HAMMIL JM., COOK TM., ROSECRANCE JC.: 1996, *Effectiveness of a psychical therapy regimen in treatment of tension-type headache*. *Headache* 36:149-153
- HSU LKG.: 1986, *The treatment of anorexia nervosa*, *American Journal of Psychiatry*, 443:573-581
- IRONSON G., FIELD S., SCAFIDI et al.: 1996, *Massage therapy is associated with ehancement of the immune system's cytotoxic capacity*, *International Journal of Neuroscience* 84:205-217
- KENNEL J., KLAUS M., McGRATH S., ROBERTSON S., HICKLEY C.: 1991, *Continuous emotional support during labor in US Hospital*. *Journal of American Medical Association*, 265:2197-2201
- MORALES E.: 1994, *Meaning of touch in cancer*, *Cancer Nursing* 17 (6) : 464-469

- NESCI D. A.: 1991, *La Notte Bianca*, Studio etnopsicanalitico del suicidio collettivo, Armando Editore, Roma.
- NESCI D. A., POLISENO T. A.: 1998, *Metamorfosi e Cancro (Studi di Psico-Oncologia)*, Società Editrice Universo, Roma
- PEDERSON C.: 1996, *Promoting parental use of nonpharmacologic techniques with children during lumbar punctures*, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17:21-20
- PLATANIA-SOLLAZZO A., FIELD T., BLANK J. et al.: 1992, *Relaxation therapy reduces anxiety in child/adolescent psychiatry patients*, Actapaedopsychiatrica, 55:115-120
- PRIBRAM K.H, M. GILL M. : 1976, *Le « Projet de psychologie scientifique » de Freud : un nouveau regard*, Presses Universitaire de France, Paris, 1986
- SABO C.E., RUSH MICHAEL S.: 1996, *The influence of personal message with music on anxiety effects associated with chemotherapy*, Cancer Nursing 19(4): 283-289
- SCAFIDI F., FIELD T., SHANBERG S., BAUER C., VEGA-LAHR N., GARCIA R.: 1986, *Effects of tactile/kinesthetic stimulation on the clinical course of sleep/wake behaviour of preterm neonates*. Infant Behaviour and Development, 9:91-105
- SCAFIDI F., FIELD T., SHANBERG S. et al.: 1990, *Massage stimulates growth in preterm infants: a replication*. Infant Behaviour and Development, 13:167-188
- SCHAEFFER M., HATCER RP, BARGLOW PD.:1980, *Prematurity and infant stimulation: a review of research*. Child Psychiatry Human Development, 10:199-212
- VARNI JW., JAY SM.:1984, *Biobehavioral factors in juvenile rheumatoid arthritis: implications for research and practice*. Clinical Psychology Review, 4:453
- WINNICOTT D.W. : 1953, *Collected Papers: Trough Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, Tavistock Publications, 1958
- WINNICOTT D.W.:1951, *“Oggetti transizionali e fenomeni transizionali”* in *Gioco e Realtà*, Armando EDITORE, Roma.