

# Lo Psico-oncologo e il sollievo dalla sofferenza psichica

(L.Nadalini)

*Slide 1: presentazione*



**VIII GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO**  
I saperi e le esperienze dell'Azienda Ospedaliera di Verona  
25 maggio 2009 ore 14.30-18.00

*dott.ssa L.Nadalini*

**Responsabile Struttura Semplice Funzionale**  
**Psicologia Oncologica e Continuità delle Cure**  
U.O. di Radioterapia Az. Ospedaliera di Verona (Dott. S.Maluta)

*dott.ssa L.Dell'Asta*  
*dott.ssa M.S. De Marco*  
*dott.ssa L. Festini Mira*  
*dott.ssa L. Masotto*  
*dott.ssa C. Sboarina*  
*dott.ssa I. Scolari*

La gestione della sofferenza emotiva e del distress dei pazienti che hanno una diagnosi oncologica, sono parte della cura (*Practice guidelines for the management of psychosocial distress, 1999*). Le associazioni scientifiche di Psico-Oncologia internazionali (NNC, IPOS, ESO) e nazionali (SIPO) raccomandano una formazione specifica di specialisti dedicati al sostegno psicologico, al trattamento dei disturbi psichici conseguenti all'esperienza di malattia e a tutti gli innumerevoli interventi atti a migliorare la qualità di vita dei tali pazienti, dei familiari e dell'équipe curante. Anche la ricerca, applicata al miglioramento della conoscenza dei bisogni dei malati oncologici con specifiche patologie d'organo e in diverse fasi della malattia, del contesto della relazione terapeutica, delle metodologie, degli effetti, nonché l'intervento integrato negli ambienti di cura, esigono una conoscenza approfondita, progettualità e obiettivi condivisi con i molti professionisti che, talvolta per tanti anni, possono essere un punto di riferimento per il malato.

Pertanto nella giornata del sollievo dalla sofferenza voglio ricordare l'impegno di tutti coloro che sono chiamati alla cura, anche alla cura del dolore psichico, ma sento anch'io la necessità di fare memoria, come ha ricordato il Prof. Cetto, del motivo per cui si è iniziato alla fine del secolo scorso a parlare di sollievo dalla sofferenza. Questa attenzione è legata all'aumento esponenziale di nuovi casi l'anno di malati di tumore (ad esempio: 36.000 tumori alla mammella, 45.000 alla prostata, ecc...), alle altre centinaia di migliaia di pazienti in cura e al tipo di dolore che possono provare

nelle fasi di aggravamento e nella terminalità, definito dolore totale. Il riferimento normativo e legislativo, anche della nostra Regione, faceva riferimento ad èquipe dedicate ed all'utilizzo di farmaci come la morfina per la palliazione del dolore.

Anche la sofferenza emotiva nella malattia oncologica è un vero dolore, è un tutto che coinvolge/stravolge l'equilibrio psico-fisico, può assumere i tratti della psicopatologia (disturbo del tono dell'umore, affettivo, compulsivo, ecc...) o semplicemente oscillare tra sentimenti di connotazione negativa che nell'insieme fanno sperimentare un'immensa tristezza. Alcuni pazienti hanno un livello di perturbazione emotiva tale da richiedere un supporto psico-farmacologico dei curanti e/o una consulenza psichiatrica.

### *Slide 2: I luoghi della cura*



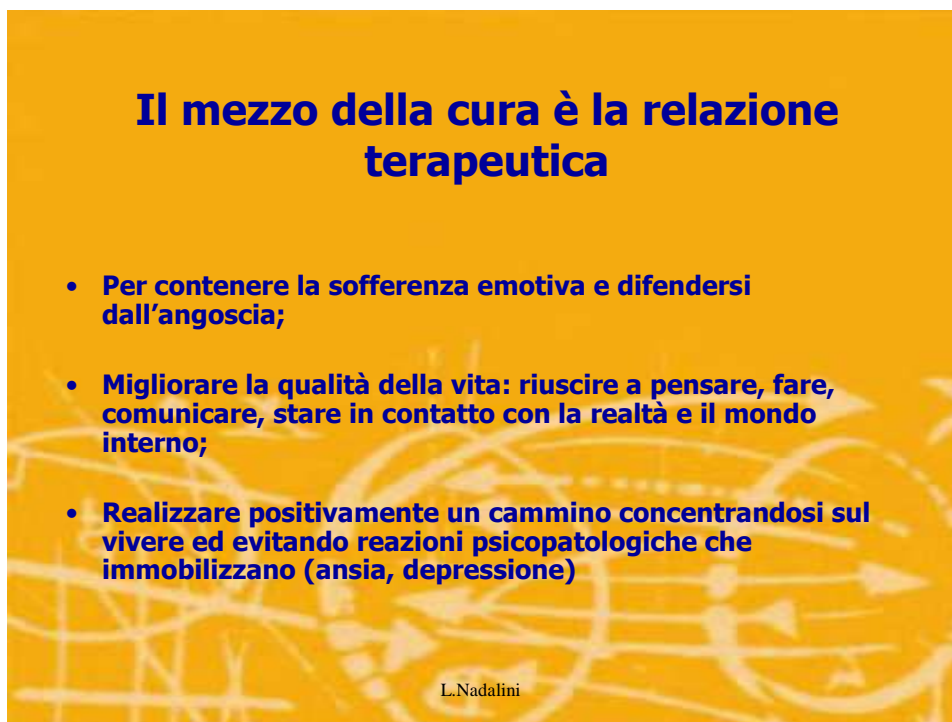
Benchè il dolore psichico evochi qualcosa che ha a che fare con la mente e con i processi di pensiero, è chiaro che non si può guardare solo a cosa avviene in spazi limitati della persona ma è necessario conoscere l'intero, guardare agli effetti della malattia sul corpo, alle parole, alla capacità che il paziente ha di cogliere la separatezza tra cosa avviene dentro di sé e nel mondo esterno e riconoscere cosa riesca ancora a dare speranza. Guardando nella direzione in cui va lo sguardo del paziente si può aiutarlo a perseguire la realizzazione di qualcosa per sé, possibilmente attraverso un ascolto empatico, mediamente vicino.

Bambini, adolescenti e adulti sono diversi di fronte al pensiero della morte, come in Azienda possono ben testimoniare i colleghi che assistono i bambini e gli adolescenti oncologici presso

l'oncoematologia pediatrica. I bambini, prima dei dieci anni, hanno una rappresentazione parziale del tempo e considerano la morte come qualcosa di non definitivo (morte- non morte), gli adolescenti più di tutto percepiscono la malattia come attacco verso il loro corpo e possono reagire con sentimenti intensi di rabbia e altrettanto forti di tipo depressivo alternati con la "sfida", *compiante* con i curanti, contro la malattia. Per l'adulto l'enne tempo che li separa dall'evento finale può essere percepito come angosciosamente vicino e ognuno utilizza la propria difesa quando il dolore si fa troppo intenso. C'è chi è stimolato a riflettere su cosa fare, come agire, a cosa porre rimedio nella propria vita.

Sono molte le azioni, i progetti, i programmi che possono essere messi in atto per alleviare il dolore psichico, qui mi limiterò a ricordare *la cura attraverso la relazione*, che si può realizzare attraverso il rapporto psico-terapeutico quando il dolore per la minaccia della propria esistenza diviene intenso.

### *Slide 3: relazione terapeutica*



**Il mezzo della cura è la relazione terapeutica**

- **Per contenere la sofferenza emotiva e difendersi dall'angoscia;**
- **Migliorare la qualità della vita: riuscire a pensare, fare, comunicare, stare in contatto con la realtà e il mondo interno;**
- **Realizzare positivamente un cammino concentrandosi sul vivere ed evitando reazioni psicopatologiche che immobilizzano (ansia, depressione)**

L.Nadalini

### **Caso clinico**

Si tratta di una paziente che ha ricevuto un intervento di sostegno psico-oncologico di tipo psicoterapeutico fino a 15 giorni prima del decesso, attraverso 25 incontri nell'arco di 7 mesi.

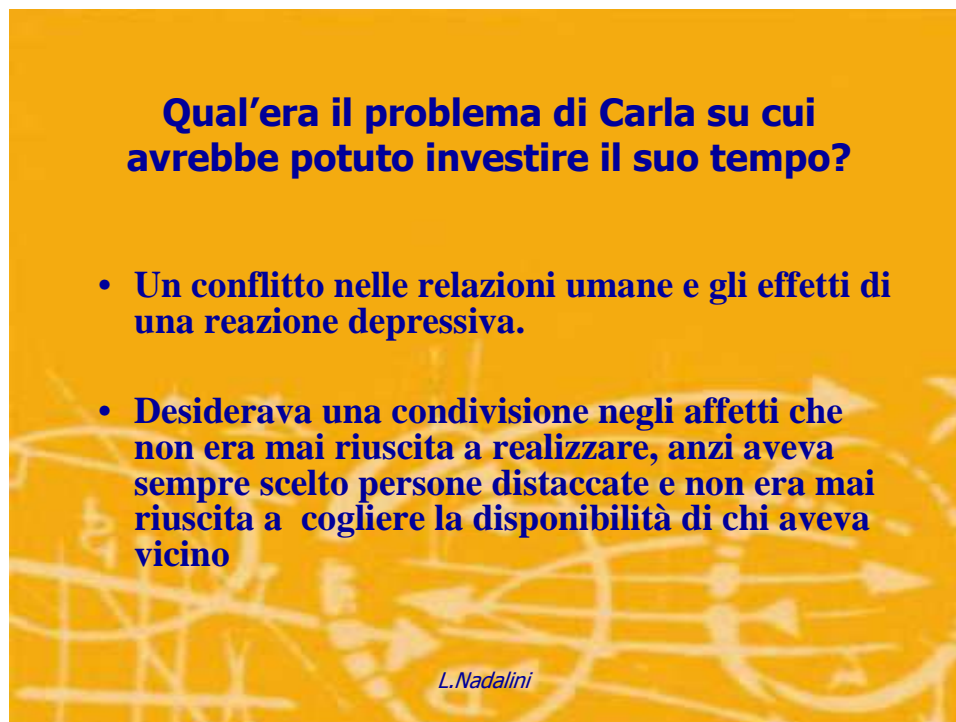
La chiamiamo Carla (*Nadalini L, in Giornale Italiano di Psico-Oncologia, Modelli teorici e clinica, n.2 luglio-dicembre 2008, pagg.93-96*)

Era una donna colta, in pensione da un anno e viveva sola dopo la morte dei genitori. Aveva avuto da poco la diagnosi di tumore del pancreas inoperabile. Si era rivolta spontaneamente, attraverso il medico di base, al Servizio, per chiedere un sostegno in quanto si sentiva depressa e voleva “ poter vivere bene il tempo che resta”. Durante il primo colloquio precisava la sua aspettativa nella cura psicologica dicendo che magari con le medicine, il benessere psicologico e un po’ di fortuna chissà forse avrebbe potuto sconfiggere la malattia (chiamata “la bestia”).

Nei primi colloqui mostrava sofferenza per la poca vita rimasta, di cui sembrava consapevole a parole, ma negava i sintomi che rivelavano l’avanzare della malattia, nonostante utilizzasse morfina per curare il dolore.

Aveva una relazione sentimentale con un uomo che viveva in un’altra città, qualcosa cui lei attribuiva un grande valore ma era un legame fragile, fatto di assenze. Lei soffriva per questa lontananza, si struggeva e rimaneva in casa ritraendosi dalle relazioni amicali e non riusciva a vedere quello che aveva a portata di mano.

*Slide 4: obiettivi della cura del dolore psichico di Carla*



**Qual’era il problema di Carla su cui avrebbe potuto investire il suo tempo?**

- **Un conflitto nelle relazioni umane e gli effetti di una reazione depressiva.**
- **Desiderava una condivisione negli affetti che non era mai riuscita a realizzare, anzi aveva sempre scelto persone distaccate e non era mai riuscita a cogliere la disponibilità di chi aveva vicino**

*L.Nadalini*

Il lavoro si concentrò sulla possibilità di realizzare il bisogno, che era stato il motivo frustrato dell’intera vita della paziente, perché era così intenso al punto da essere in grado da distogliere il pensiero dalla preoccupazione per la poca vita da vivere e da consolidare la difesa psicologica che già utilizzava nel cercare di contenere l’angoscia (fino ad arrivare talvolta al diniego). Attraverso la relazione terapeutica sperimentò l’accettazione di un rapporto di vicinanza, solidarietà,

condivisione, qualcosa per lei di nuovo e quasi inatteso. Accettò quello che il partner poteva dargli (molto poco tempo e qualche telefonata) e interruppe dentro di sé la relazione sentimentale. Compresa che era una situazione che le stava procurando disagio e influiva sulla deflessione del tono dell'umore. Invece, pian piano riscoprì un rapporto familiare importante con una persona (la cugina) che lei aveva a lungo sottovalutato e che invece sapeva compiere gesti affettuosi, la cercava molto, le portava da mangiare, la invitava a stare insieme. Dopo alcuni mesi, riprese a frequentare gli amici e creò una reciproca amicizia con la cugina. Dopo 6 mesi dal primo colloquio, fecero un viaggio insieme in una bella isola e al ritorno la paziente si mostrò quasi felice, forse come non lo era mai stata, non fosse per la malattia che però fu come con *non vedesse più* quando si aggravò (ho solo un po' di male di pancia/negazione).

## **ADDIO**

**Un paio di settimane dopo la paziente morì, non sola, dopo avere vissuto intensamente i mesi precedenti e avere ricostruito alcuni legami in modo reciproco, motivo che per lei era stato quella della sua intera vita**

**“...Quello che hai costruito può essere distrutto: non importa costruirsi”**

**Madre Teresa di Calcutta**

*L.Nadalini*

Il trattamento psico-oncologico del dolore psichico e del distress produsse un miglioramento nelle relazioni umane della paziente, una ripresa di vitalità e di investimento su di sé e nella vita e il contenimento della sofferenza causata dalla malattia e dai suoi effetti.

