

Malattia, dolore, sofferenza

Le sfide che richiedono una salda capacità di Resilienza

di Marisa Ciola Mosna
psicoterapeuta

Il mio contributo alla vostra Associazione, in qualità di Psicoterapeuta, vuole essere quello di provare a descrivere e comprendere assieme, anche in termini di suggerimenti operativi, quale sia la reale molteplicità delle problematiche che potete incontrare nel vostro percorso di vita accompagnati da diverse disabilità e secondariamente come lo sviluppare una adeguata Resilienza possa costituire un aiuto prezioso e concreto non solo in relazione al potersi vivere positivamente come Persone, ma anche come elemento tangibile di interazione migliorativa con le sofferenze del corpo in virtù dell'inscindibile unione tra psiche e soma.

Concetti di salute e di malattia e sue implicazioni "Il COME percepisco stabilirà il COME reagisco"

Parlando di **salute**, si pensa immediatamente ad essa quasi esclusivamente intesa sotto l'aspetto fisico. Il concetto di salute è invece molto più ampio della sola salute fisica, intesa come assenza di malattia organica, di sintomi biologici obiettivi. Ovvero, oltre al concetto biologico, infatti, la salute include altri aspetti di ciò che deve essere considerato come benessere umano. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non più solo, quindi, come assenza di malattia. La salute, perciò, è un'armonia vitale che comprende aspetti biologici, culturali, psicologici e sociali. Ciò comporta e sottintende una visione olistica dell'uomo, ossia di non separazione del corpo dalla mente, dal sociale, dagli aspetti esistenziali. La definizione dell'O.M.S. non è comunque

ancora stata recepita da alcune parti della medicina ufficiale, dell'assistenza socio-sanitaria, nonché dagli atteggiamenti stessi degli operatori sanitari e dall'organizzazione delle strutture sanitarie che, pur dando un messaggio esplicito relativo al fatto di avere come prioritario interesse quello del "paziente" (e non, persona ammalata), nel concreto dimostrano di avere più a cuore i bisogni di chi opera nella struttura sanitaria. Ed infatti è il paziente che in tutto deve adeguarsi ai ritmi ospedalieri e non viceversa; le mediazioni, i compromessi, non sono ricercati e spesso il paziente che chiede informazioni, che fa sentire di esistere, viene mal tollerato, se non addirittura definito come "difficile e lamentoso".

Oltre a ciò bisogna aggiungere che non esiste un concetto assoluto di salute, ma essa è sempre collegata *intrinsecamente* al tempo culturale e alla storia individuale, che è una storia cioè che si svolge in una certa condizione familiare e sociale.

In termini generali la **malattia** viene intesa come una situazione di alterazione delle normali funzioni di persona, che si manifesta attraverso segni particolari, detti sintomi. Questi ultimi sono forme di linguaggio, di comunicazione. Per essi due sono i *codici di lettura*: quello abituale è il linguaggio medico-sanitario, in cui il sintomo è una parola che indica delle più o meno precise alterazioni fisiologiche, che cerca una causa, la sede di sofferenza (organo ammalato) e la cui fenomenologia sono quanti (quantità) biochimici e potenziali osservabili e registrabili; l'altro è



un linguaggio che si può definire generalmente culturale, in cui il sintomo è simbolo di significati soggettivi e collettivi (pensate a tutti i significati ricchi di simbologie emozionali che la gente attribuisce all'H.I.V o al cancro, ovvero a malattie finora senza una cura definitiva che fanno crollare la nostra inconsapevole fiducia nella tecnologia medica, spesso caricata di onnipotenza, proprio come meccanismo di difesa che allontana la paura della morte e della finitezza di ognuno di noi). Nel sintomo così inteso, c'è uno spazio che il singolo, con la sua personalità unica ed irripetibile, colma di desideri, illusioni, frustrazioni, sentimenti e aspettative. Qui il sintomo non è solo storia della salute, ma *storia dell'individuo*.

Tornando al concetto di malattia, essa può e deve essere vista come un **evento multidimensionale**, che interessa l'uomo nella sua totalità e che avrà diversi significati personali a seconda dell'individuo che colpisce. Vediamo alcuni dei principali punti di vista dai quali può essere guardata e osservata la malattia.

1. Come limite biologico: provoca modificazioni fisiologiche che riguardano proprio la dimensione fisica, corporea, per cui la propria condizione fisiologica viene ad essere mutata. Tale limite può essere più o meno grave, può estendersi a parti singole del corpo o al corpo nella sua totalità; può menomare una o più capacità fisiche, come il controllo motorio, quello percettivo e così via.



© WavebreakMediaMicro

2. Come limite mentale: lo si può intendere come malattia che provoca alterazioni o menomazioni nella sfera del funzionamento intellettuale (malattie degenerative, traumi cerebrali), per cui funzioni come la memoria, il pensiero, il ragionamento, il linguaggio, di solito di supporto alle attività del soggetto, ne riducono le capacità espressive, il suo sentirsi persona in grado di capire sé stesso e gli altri, di spiegarsi le cose, di comprendere il mondo circostante. Ma va anche inteso come rottura psicologica: la malattia introduce una rottura psicologica *con la vita precedente*, con l'identità e con il sistema di valori che si aveva, provocando rimaneggiamenti affettivi profondi, spesso inconsapevoli, che causano ansia, dolore e comportamenti in parte inattesi rispetto al prima, frutto di meccanismi di nuovo adattamento e nuova ristrutturazione dell'intera persona ad una altrettanto nuova condizione esistenziale.

3. Come limite sociale: un individuo fino ad un certo punto ben adattato al proprio contesto sociale, familiare, lavorativo, si vede più o meno bruscamente costretto a rimettere in discussione ciò che gli sembrava or-

mai acquisito e armonizzato. Il ricovero, ad esempio, lo sradica non solo dalla propria casa, intesa più che altro come luogo di affetti e di significati, ma anche dal proprio gruppo di riferimento (amici, conoscenti, colleghi di lavoro), dal proprio ruolo sociale come persona autonoma che lavora ed ha degli interessi, dalla propria vita abituale, imponendogli condizioni generali di vita totalmente nuove, spesso sconosciute e depersonalizzanti.

La malattia è tutto questo e molto di più, a seconda di come verrà vissuta da ogni persona, con la sua specifica individualità. Sono limiti che scattano automaticamente e che incidono profondamente nel vissuto soggettivo provocando sentimenti di insicurezza, angoscia, paura, sradicamento psichico; sentimenti che possono mutare col tempo sia positivamente (non è raro che tale condizione venga proficuamente utilizzata per crescere) che negativamente (comportamenti ossessivi, etero ed auto aggressivi, depressivi ecc.), fino ad arrivare a disturbi francamente psicopatologici, come concomitanti psicologiche del nuovo stato fisico.

Prima di analizzare nel dettaglio quali significati psicologici può assumere la malattia, quali

conseguenze può comportare a livello affettivo profondo, a livello di comportamenti e atteggiamenti, prima di tutto per il malato, vediamo alcuni importanti concetti relativi alla personalità e al suo corpo che poi ci aiuteranno meglio a comprendere le conseguenze e i significati inerenti ad uno stato di malattia.

Il **corpo** non è soltanto un complesso macchinario fisiologico, chimico, ormonale, ma è anche una realtà che viviamo, che è fonte di sensazioni psicologiche ed emotive: cioè esiste un vissuto, un'esperienza psichica del corpo (corpo psichico, oltre che corpo fisico). Corpo psichico, lo corporeo, schema corporeo, sono tutti modi per significare quell'immagine mentale ricca di affetti e di autorappresentazioni interne attraverso la quale il corpo ci appare a noi stessi come un'unità psicofisica distinta e separata dall'esterno. Questa rappresentazione interna che ci facciamo del nostro corpo fa sempre da *mediazione* mentale quando parliamo di corpo, del nostro corpo, che è investito di ricchi significati emotivi: si parla infatti di Identità corporea, parte integrante del nostro senso di Identità personale.

Ancora a proposito di corpo, una prima e importante dinamica psicologica sperimentata dal malato, è quella di vivere (più o meno consapevolmente) la malattia come **una minaccia**, un'aggressione alla propria *integrità psicofisica* spesso percepita come proveniente dal proprio interno e che lede anche la rappresentazione mentale che l'individuo ha di sé stesso.

Tale vissuto, spesso forte e coinvolgente, potrebbe parere incomprensibile o quantomeno difficile da comprendere, se non si sa quanto e fino a che punto la nostra identità si fonda sul nostro lo corporeo. La minaccia infatti, è superficialmente vista come indirizzata al corpo, ma più profondamente, *a livello psicologico*, è una minaccia proprio alla nostra identità così come ce l'eravamo costruita fino a quel momento: primo perché la malattia ne colpisce una sua componente e in secondo luogo, perché la malattia induce un senso di scissione fra psiche e soma (l'attenzione per forza di cose si incentra sull'organo o funzione malata), accentuata dalla notevole attenzione rivolta anche da medici e familiari sul corpo, mentre scarsa è la considerazione ai suoi risvolti psicologici; ancora minaccia, in quanto l'atteggiamento degli operatori sanitari (che per lo più non responsabilizzano il malato e anche quando dicono apertamente di volerne la collaborazione, la partecipazione attiva, in realtà chiedono una mera esecuzione delle loro indicazioni e richieste), provoca vissuti di depersonalizzazione. La minaccia diventa poi angoscioso vissuto di vera e propria **separazione dall'im-**

agine del corpo se la malattia si prolunga o diventa addirittura cronica. Separazione nel senso di un *distacco*, da dover sperimentare, dal corpo così come era vissuto psicologicamente ed emotivamente nella fase di vita precedente alla malattia. Ogni separazione può avere una modalità esistenziale *bipolare*: positiva o negativa, costruttiva o distruttiva, perciò l'esito del processo di separazione ha un valore dipendente dalle caratteristiche del soggetto, dalla gravità o meno della malattia, e dalle sue condizioni familiari, sociali e psicologiche. Tale processo si presenta spesso come complesso e difficile, richiedendo all'individuo di adattarsi ad una situazione dagli esiti non certi. Possono comparire *diversi gradi di malessere psicologico*: dalle sfumature di perdita, di stampo depressivo, con la comparsa della prima sintomatologia; ad una fase di ambiguità tra la negazione del fatto patologico e un'accettazione passivo-remissiva del fatto stesso al momento della diagnosi; ad una fase di accettazione più o meno realistica, contraddistinta da sentimenti fortemente nostalgici verso il corpo che si era prima, accanto ad un senso di inadeguatezza rispetto all'ideale di fisicità perfetta ed



efficientismo proposto dalla società. Ancora, questo processo di abbandono e separazione dal corpo precedente impone al malato, quando accettato o integrato nella personalità, la necessità di **ricostruire** la propria identità personale, adattando il proprio lo alla mutata situazione; la fase di ricostruzione sarà tanto più profonda e allargata: quanto più la degenza e la malattia si avvicineranno ad una condizione di cronicità; quanto più per la malattia saranno necessari trattamenti medici cruenti ed intrusivi o frequenti i contatti con macchinari specialistici (emodialisi). In questi ultimi casi, si aggiungeranno spesso primitive fantasie di distruzione-disgregazione non solo corporea, ma anche psicologica, alimentate dalla passività che tali trattamenti di frequente richiedono.

REAZIONI AFFETTIVE

“Tutto ciò che arriva all’intelletto, passa prima per i sensi”

Queste manifestazioni presentano una espressione o delle motivazioni più specificatamente affettive rispetto alle precedenti, collocandosi su versanti meno razionali e perciò meno elaborabili da parte del soggetto.

1. Sentimenti di insicurezza e frustrazione

Il sapere di essere malato comporta spesso la contemporanea presenza di questi due stati affettivi: la persona si sente molto frustrata per il cambiamento di una situazione generale di vita

nella quale era inserita, assieme ad una lacerante incertezza per l’adesso e per il futuro. Questi sentimenti, se adeguatamente resi consapevoli possono, in un secondo tempo, essere trasformati in energia positiva, in stimolo alla cura, oppure, se non riconosciuti e non elaborati, diventare nocivi e autodistruttivi, provocando ripiegamento su sé stessi, rifiuto, scoraggiamento, atteggiamento passivo, che poco aiutano ad acquistare un adeguato livello di compliance alla terapia ed alla Vita.

2. Sensi di colpa

In questo caso l’avvento della malattia viene vissuto come diretta conseguenza di un errore compiuto, come la punizione di un qualche torto o mancanza fatti ad altri o a sé stessi (“Cosa posso aver fatto per meritarmi questo?”).

3. Senso di svalorizzazione

La malattia, come è stato già detto, è spesso vissuta come un massiccio attentato a quella integrità fisica e psichica carat-

teristica di un uomo normale. Le limitazioni che essa di frequente comporta, la necessità di dipendere dagli altri, sono spesso sperimentati dall’individuo come una vera e propria umiliazione. Tale atteggiamento può portare a stati di regressione affettiva anche profondi ed a un aumento dello stato di dipendenza dagli altri, in un circolo vizioso di effetti che si autoalimentano vicendevolmente.

4. Dolore e sofferenza

Solitamente per dolore si intende la sofferenza fisica provata e per sofferenza, invece, la modalità psichica con la quale si sperimenta il dolore. In realtà non vi sono distinzioni nette, in quanto vi sono dolori che sono morali e sofferenze che sono solo o per la maggior parte fisiche. Entrambi questi termini hanno un significato biologico (più il dolore) legato al senso di difesa: ad esempio il dolore il più delle volte segnala l’esistenza di un pericolo da evitare. La sopportazione fisica del dolore è un qualcosa di estremamente





© Evgeny Rannev

soggettivo, includendo capacità psichiche di far fronte ad esso, proprie teorie implicite sul dolore, grado di comprensione e sostegno altrui a tale esperienza. Approfondiremo poi il discorso sul dolore quando parleremo delle malattie o stati cronici.

5. Inquietudine, ansia, angoscia e paura

Questi sono tutti stati affettivi propri di chi si trova di fronte ad una situazione temibile. La paura provoca solitamente intense sensazioni di malessere psicofisico; viene messa al servizio dell'istinto di conservazione e suppone l'esistenza o la conoscenza di un pericolo (ad esempio è di frequente riscontro di fronte a procedure mediche mai sperimentate prima). L'ansia e l'angoscia sono spesso paure senza oggetto, oppure con un oggetto ma sconosciuto, impreciso o inconsapevole. Sono entrambi molto frequenti in uno stato di malattia. Quando si è bambini l'angoscia è un qualco-

sa di strutturante per l'individuo, nel senso che la personalità non può realizzarsi senza di essa. È importante comprendere che l'angoscia più che essere originata dalla realtà in sé e per sé, è provocata dalla elaborazione personale che il soggetto fa di tale realtà. Si riscontra ancor più spesso nei casi di malattie gravi, laddove c'è un confronto più ravvicinato con la morte, laddove si è in presenza di un attacco più massiccio e palese al nostro narcisismo. Se tali sentimenti si mantengono ad un livello medio-basso, possono anche risultare utili, mantenendo nel malato uno stato di lieve allarme che può stimolare alla cura o al suo proseguimento. Non sono più utili invece quando divengono eccessivi e incontrollabili: in questo caso l'intervento tempestivo di uno psicologo, o altro esperto del settore, è consigliato. Altra utile annotazione operativa è la seguente: è molto importante che l'ansia e l'angoscia non rimangano fluttuanti,

ma trovino un valido canale di investimento, in quanto entrambi comportano una aggressività latente. I rischi derivanti da una mancata presa in carico di tali stati affettivi stanno, oltre che nella possibilità di una recrudescenza dei sintomi fisici e psichici, in un riversamento della aggressività incontrollata verso il mondo esterno o, ancor peggio forse, verso il mondo interno del soggetto sotto forma di reazioni depressive o di tentativi di autolesionismo anche gravi. Agire tempestivamente attraverso una elaborazione di tali vissuti e una loro positiva e proficua sublimazione diventano perciò degli obiettivi prioritari per la salute fisica ed emotiva dell'individuo. Tale sublimazione può avvenire attraverso un assai più sano e possibile processo di *compensazione*, consistente nell'individuare, su un terreno differente dalla menomazione del soggetto, attività positive nelle quali investire l'energia a volte distruttiva (è il caso, ad esempio, di uno sportivo paraplegico che trovò nello scrivere e nel dipingere delle attività nelle quali ritrovare gioia e stimoli positivi non solo per lo stato del suo umore, ma anche per continuare la terapia riabilitativa e farmacologica prescrittagli dai sanitari). L'*attenzione* dello specialista deve essere posta nell'individuazione di attività che non risultino negative per il soggetto, (processo di ipercompensazione) come è il caso della scelta di attività inerenti al campo di menomazione del suddetto soggetto (potrebbe essere il caso di un individuo con deficit visivi non del tutto invalidanti che vuole dipingere:

è questa un'attività scelta dal soggetto, ma potenzialmente pericolosa in quanto possibile veicolo di insuccessi e perciò di sentimenti svalorizzanti che potrebbero alimentare in senso peggiorativo una situazione psicologica già conflittuale).

Per quanto riguarda invece il versante del *malato cronico*, possiamo dire che nel complesso vale tutto quello che è stato affermato in precedenza sulle reazioni ad uno stato di normale malattia, anche se si deve aggiungere che qui tutto il quadro si fa più articolato e difficile: la ristrutturazione della propria identità psichica e fisica, gli sforzi di adattamento sia del malato che della famiglia alla situazione, che sarà duratura. La *maggior* difficoltà sarà dettata da numerosi fattori: un vivo senso di minaccia che sempre incombe; vissuti di disgregazione legati al danno fisico grave; fantasie inconsce di allargamento del danno a tutta la persona, dato che i confini corporei diventano emotivamente più labili; difficoltà di relazioni dentro e fuori la famiglia; sentimenti di ambivalenza, per cui il malato spesso alternerà stati d'animo nei quali richiede vicinanza ed aiuto, con altri nei quali esprime il forte desiderio di distaccarsi dagli altri perché emergono vissuti di diversità; divengono più facili reazioni iperprotettive da parte degli altri (è difficile tollerare il senso di impotenza che tali situazioni richiamano) che però implicitamente confermeranno la sua inabilità, in un circolo vizioso di effetti facile all'irrigidimento e assai complesso, invece, da spezzare; alterazioni repentine dell'umore



(euforia, isolamento e ripiegamento), sentimenti di intensa frustrazione aggravati da una scelta o forzata astinenza sessuale (la scelta può essere presa per il timore di essere avvicinati o amati solo per pietà); presenza spesso costante di ansia, paura e dolore.

A proposito del **dolore**, è bene approfondire questo argomento in quanto è proprio nelle malattie croniche ed invalidanti che lo si ritrova più spesso come un problema rilevante. Dal punto di vista *neurofisiologico* è un segnale d'allarme che parte dalla periferia del corpo e arriva al cervello servendosi di fibre nervose ad alta velocità di trasmissione proprio perché diventi più facile e veloce decodificarne il significato-provenienza e poter mettere in atto risposte adeguate. Esso implica però, oltre al fattore fisico, *altri fattori*: senso-percettivi, mnestici, affettivi e culturali. Vediamone prima di tutto le diverse fasi elaborative: percezione dello stimolo dolo-

rifico; l'informazione viene poi trasmessa al cervello, il quale effettua una veloce ricognizione nella memoria per confrontare l'input arrivato con quelli di esperienze precedenti o passate simili; ne viene data una valutazione, a cui segue un output, ossia una risposta in uscita che ha lo scopo di difendere l'organismo dal dolore. Le caratteristiche salienti di un'esperienza di dolore sono la sua fonte, l'intensità e la durata; è noto che è più complesso gestire ed affrontare stimolazioni dolorifiche intense e durature. Quando l'informazione è stata valutata entrano in gioco importanti componenti soggettive. In generale le modalità di fronteggiamento del dolore dipendono in larga misura dalle *caratteristiche personali, dalle circostanze ambientali e dalle teorie implicite che ognuno si è mentalmente ed affettivamente elaborate circa il dolore* (per alcuni, ad esempio, può essere legato più o meno inconsapevolmente all'afflusso di forze

negative e questo in genere non facilita reazioni adeguate; per altri è previsto come possibile evento naturale senza troppe implicazioni ideologiche o emotive e per queste persone sarà più facilmente tollerato proprio in quanto integrato in un significato di evento vitale).

Per quanto riguarda il *livello operativo* possiamo affermare che può rivelarsi di aiuto nell'assistenza al malato dolorante l'assunzione di un atteggiamento sereno, realistico nel senso di proporzionato agli eventi, di un equilibrato sostegno emotivo che non risulti eccessivo e non tolga autonomia al soggetto, di una verbalizzazione corretta e rassicurante che possa trasmettere messaggi di considerazione e non di sottovalutazione o, al contrario, di ipervalutazione ansiosa. Sulla *tolleranza al dolore* hanno perciò rilevante influenza i giudizi che la persona stessa ne dà; è difficile stabilire una

soglia di sopportabilità in modo obiettivo: infatti, oltre alcuni limiti evidenti in cui il dolore risulta insopportabile per tutti, vi è un'ampia scala di adattamento individuale nella quale rientrano come fattori determinanti propri elementi psicologici, culturali e persino religiosi. Vi sono due fattori che vengono di solito chiamati in causa come possibili fonti di accrescimento della sensazione dolorifica (e perciò sarà su questi che si dovrà tentare di intervenire): *l'attenzione e la suggestione*. Concentrarsi sul dolore rende più intensa la consapevolezza del dolore stesso, mentre riuscire a dirigere altrove il flusso dei pensieri ne facilita la sopportazione e ne può attenuare l'intensità. Così, la suggestione e l'impressionabilità soggettive accrescono la veemenza del dolore, come più volte è stato verificato da studi sperimentali utilizzando dei placebo. Per individuare e comprende-

re con esattezza il tipo e l'intensità del dolore che una persona sta sperimentando è utile avvalersi oltre che del linguaggio verbale, anche della comunicazione non verbale, ovvero di tutti quei messaggi che il volto e il corpo nel loro insieme sono in grado di inviarcI in modo automatico ed inconsapevole.

Numerose ricerche sul dolore ne hanno evidenziato due costanti: *l'ansia e la depressione*. La prima è la più frequente manifestazione psicologica concomitante a dolori acuti; esprime l'incertezza per il futuro e la paura di una minaccia nascosta. La seconda si accompagna più spesso a dolori cronici, costituendone la reazione alla perdita di qualcosa di molto importante relativo all'immagine sana e serena di noi stessi; tale vissuto può divenire stabile, rivestendo forme di pessimismo senza speranza date dal logorio nell'affrontare ogni giorno lo stress indotto dal malessere e dal dolore ininterrotto. Due elementi in particolare possono aiutare l'individuo sofferente: la conoscenza delle cause del dolore (far capire cosa sta succedendo e perché, utilizzando una terminologia chiara e semplice ed una mimica non verbale calma e rassicurante; per soggetti ossessivi o ipocondriaci questa strategia non è indicata, in quanto può alimentare preoccupazioni già eccessivamente presenti nella persona; in entrambi i casi, comunque, sarà anche importante intervenire facendo sì che l'angoscia trovi dei riferimenti, ovvero delle attività produttive nelle quali incanalarsi e con le quali evitare un suo rivolgimento sul soggetto); la



conoscenza della previsione relativa alle modalità di controllo del dolore e al suo presumibile decorso (la persona potrà meglio adattarsi al dolore se saprà che ad esso è possibile opporre qualche forma di controllo, come ad esempio tecniche di rilassamento corporeo, respirazione controllata, farmaci, e se si può prevedere il ripetersi del disturbo). Ossia, l'impossibilità di controllo e di prevenzione rende particolarmente distruttivi a livello psicologico i dolori cronici. Accanto a questi dolori ve ne sono altri di origine più specificatamente psicogena che si possono aggiungere ai precedenti o essere ad essi indipendenti: alcune forme di cefalea, mal di pancia, vomiti, sudorazioni, tachicardia ecc., per i quali, pur non essendoci alla base una patologia fisiologica, il malato soffre comunque ed in maniera altrettanto consistente e veritiera.

I BISOGNI DELLA PERSONA MALATA

"Il mio senso di identità dipende anche dall'identità che gli altri mi sanno restituire"

Non si limitano in realtà alla richiesta di cure strettamente mediche o infermieristiche. Vi sono bisogni, spesso inascoltati o poco considerati, che concorrono di fatto alla determinazione di un'assistenza che sia adeguata alle esigenze complessive del malato e che perciò possono essere considerate un *fattore di cura importante come gli altri*. Sono bisogni psicologici e ambientali ad esempio: la possibi-



© gosphotodesign

lità di stare in un clima tranquillo dove vi sia rispetto del privato e della persona, sostegno e vicinanza; dove trovare umanità, relazioni calde e comprensive, dove insomma anche la sfera psicologica individuale possa trovare spazi validi di riconoscimento altrettanto prioritari di quelli fisiologici. Fatta questa breve ma indispensabile premessa, vediamo quali sono i principali bisogni specificatamente psicologici del malato, bisogni che sono delle richieste alle quali auspicabilmente dovrebbero voler e saper rispondere (attraverso lo stabilirsi di una relazione d'aiuto più o meno profonda a seconda dei diversi ruoli professionali) tutti quegli operatori che a vario titolo interagiscono con la persona sofferente.

1. Bisogno di sicurezza

È esigenza di ogni persona, ancor più essenziale quanto più è fragile la condizione in cui essa viene a trovarsi. Dare una risposta a tale bisogno vuol dire prima di tutto saper dare la certezza di una presenza costante e attenta; la qualità di tale pre-

senza ovviamente dipenderà dal grado di conoscenza operativa e di consapevolezza di sé che avrà l'aiutante, dalla sua capacità di porsi col malato, di relazionarsi con lui. Per poter soddisfare questo bisogno tale presenza dovrebbe poter essere oltre che professionale, anche psicologicamente rassicurante, contenitiva, sicura e capace di sostegno emotivo. È importante dire che tutto ciò non sta a significare pietismo, iperprotezione e intrusività.

2. Bisogno di comprendere

Altra fondamentale esigenza umana è quella di capire, di rendersi conto di ciò che ci riguarda in modo da non sentirci in balia di eventi sconosciuti. Per poter soddisfare tale bisogno servono soprattutto capacità di identificazione con le ansie e i sentimenti del malato, non per appropriarcene in modo distruttivo, ma per servircene positivamente trovando delle modalità comunicative adeguate: linguaggio specifico per quella specifica persona malata, sicurezza, calma, chiarezza e accessibilità per

il livello culturale ed emotivo di quel malato.

3. Bisogno di autonomia

È un'esigenza che, a scapito delle teorie del senso comune, viene conservata anche in situazioni di malattia. La relazione andrà improntata perciò al sostegno non invasivo, non passivizzante, in cui sia anzi garantita la distanza, la libertà, l'indipendenza, il confine tra le persone. L'individuo malato non dovrà essere trattato come un bambino irresponsabile e incapace; andrà anzi attentamente ascoltato, tenuto in considerazione e rispettato in ciò che dice, incentivato nei possibili spazi di autonomia che la malattia gli concede e nelle decisioni che lo riguarderanno.

4. Bisogno di attenzione

L'attenzione, la partecipazione, vanno qui intese soprattutto in senso emotivo ed affettivo. Il malato sperimenta un forte bisogno di sentirsi inserito in un rapporto umano autentico, che vada al di là del suo essere un malato che necessita di cure. Tale bisogno potrà essere soddisfatto solo se saremo in grado di intrecciare una relazione improntata ad un sincero interesse, non impersonale, meccanica e basata solo sulle routine quotidiane.

Questi bisogni, lo ripetiamo, sono esigenze di tutte le persone: qui esse andranno però adeguatamente inserite in un contesto delicato e complesso come è quello della malattia e del malato specifico che abbiamo davanti. Questo richiederà una ricalibratura sia del significato



© IKO

dei vari bisogni all'interno della specifica malattia, che all'interno della specifica personalità del malato. Solo dopo aver compreso chi abbiamo davanti potremo rispondere in modo adeguato e rispettoso.

“Pensare troppo fa male: cogito ergo soffro”

Come avrete appreso da questo breve viaggio alla scoperta del come si può vivere dentro e con sé la malattia, le sfide psicologiche legate allo stato corporeo sono molteplici e saranno più o meno presenti ed incidenti a seconda della personalità unica ed irripetibile di ognuno di noi.

La Resilienza è un costrutto derivante dalla fisica meccanica: è la capacità di un metallo di saper assorbire gli urti che subisce. Nell'essere umano viene perciò intesa come potenzialità, insita in ciascuno di noi, nel saper accogliere/assorbire gli eventi di sofferenza che ci possono accadere ed al contempo non solo saper ripristinare l'equilibrio prece-

dente ad essi, ma addirittura saperlo migliorare proprio in virtù di quanto siamo stati in grado di valorizzare e fare nostri gli insegnamenti che la sfida al dolore ci ha lasciato. È in sintesi estrema il saper ricercare e trovare attraverso l'esercizio e l'apprendimento costanti un modo costruttivo di percepire e reagire a qualcosa che ci ha abbattuto: **nessuno nasce resiliente, ma resilienti si diventa**, lo si acquisisce a partire da risorse che albergano in noi e che possiamo attivare qualora la vita ci presenti un tunnel dal quale voler riemergere.

In letteratura sono stati identificati alcuni fattori specifici che fungono da predittori di resilienza, ovvero quelle componenti psicologiche che individualmente tutti possiamo sviluppare ed esercitare (da soli o guidati) per poterle fare nostre ed utilizzarle al meglio nel percorrere quel, a volte complicato, sentiero che la vita ci propone. Il motto per poterle acquisire sarà l'imparare facendo:

- elasticità e flessibilità mentali;
- mantenimento della calma e

- capacità osservativa;
- estroversione e comunicazione aperta/autentica;
- saper accedere alle nostre energie;
- rimbalzare versus impattare;
- creatività e senso di autoefficacia, cercando le proprie risorse anziché i propri limiti;
- saper dare un significato alle esperienze;
- perseverare;
- visualizzare i risultati positivi prodotti;
- auto-protegersi;
- non assumere in sé il ruolo di malato;
- utilizzare adeguate strategie di coping ovvero di fronteggiamento delle difficoltà;
- capacità di problem solving ovvero di analisi di un problema ed individuazione del cosa fare essendo guidati dal solo raggiungimento dell'obiettivo;
- percepire lo stress come transizione;
- non rifiutare o combattere mentalmente il dolore ma saperlo vivere, standoci dentro, in modo da anestetizzarlo (passarci attraverso per lasciarlo alle spalle);
- ridurre la rigidità percettiva (il limite e la fragilità del diamante sta nella sua durezza);
- capacità di rievocare sensazioni positive relative ad esperienze nelle quali abbiamo toccato il meglio;
- evitare atteggiamenti di auto-commiserazione/ruolo di vittima;
- evitare la ricerca di consolazione e conforto negli altri, parlando continuamente del proprio problema (parlarne oltre una certa misura diventa come mettere un fertilizzante

su una pianta: la sofferenza diventa ancora più grande nella mente, anziché ridursi).

Non secondariamente va poi sottolineato come la persona diventata resiliente in quanto in grado di imparare proprio perché sottoposta ripetutamente ad esperienze dure superate, diventa resiliente PER GLI ALTRI, diventa cioè una sorta di “guaritore ferito” che fa risuonare gli altri del suono resiliente che ha appreso attraversando il proprio percorso di dolore. ■

*La resilienza
fa proprio perciò
il detto del Saggio
che recita
“Si è autenticamente
sconfitti solo quando
ci si arrende”.*

www.marisaciola.it

silvamaris@teletu.it

