

## I meccanismi di difesa

### Reazioni psicologiche ed adattamento

E' risaputo come la malattia cancro, con il suo significato di importante stress emozionale, sia in grado di produrre, nei diversi individui, una serie di reazioni psicologiche che si esprimono sotto forma di fenomeni di attivazione biologica, di vissuti soggettivi e di reazioni comportamentali.

Tali reazioni sono del tutto comprensibili se si tiene conto delle modificazioni che le emozioni provocano sia a livello somatico che a carico del sistema vegetativo, endocrino ed immunitario, oltre che delle modalità differenziate con cui le emozioni vengono preferenzialmente espresse dal singolo individuo, alcuni soggetti privilegiando, in questo senso, la scarica comportamentale dell'emozione, altri trasferendo la stessa sul piano somatico.

I meccanismi difensivi messi in atto dalla donna sono finalizzati all'elaborazione dei vissuti e delle emozioni suscitate dalla malattia: è fondamentale che riesca, alla fine di questo percorso adattivo, ad orientare diversamente la propria progettualità esistenziale, in modo che essa possa in qualche modo contenere la malattia neoplastica e le angosce di morte ad essa correlate.

Diversi Autori hanno riconosciuto nei pazienti oncologici alcune fasi inerenti la reazione psicologica, accompagnate da corrispondenti meccanismi difensivi:

- una fase del dubbio, che si estende dalla comparsa dei sintomi iniziali di malattia alla definizione diagnostica; è caratterizzata da vissuti angosciosi correlati all'esecuzione degli esami e degli accertamenti clinici e durante tale fase predominano meccanismi difensivi di negazione, di rimozione, di razionalizzazione;
- una fase diagnostica, particolarmente difficile per il paziente e i suoi familiari, oltre che per il curante, in cui dapprima operano massicciamente i meccanismi di negazione, con una successiva graduale presa di coscienza ed una possibile alternanza di vissuti d'angoscia e di fiducia nell'efficacia delle terapie;
- una fase di ospedalizzazione/fase terapeutica, nella quale si realizza, con l'ingresso nella struttura ospedaliera, una sorta di spersonalizzazione dell'individuo che si percepisce quasi esclusivamente come portatore di una patologia, piuttosto che come individuo nella sua complessità. In questa fase possono manifestarsi varie problematiche connesse con l'esecuzione di terapie più o meno complesse (chirurgiche, chemio- e radio-terapiche), sovente gravate da effetti collaterali particolarmente debilitanti e fastidiosi;
- una fase di remissione, in cui la donna riacquista fiducia ed ottimismo grazie al miglioramento clinico conseguito con le terapie, recuperando anche una certa capacità progettuale;
- una fase di ripresa della malattia, che, qualora si manifesti, rappresenta il periodo di maggiore rischio per la comparsa di disturbi psichiatrici, particolarmente di tipo depressivo e ansioso;
- una fase terminale, nella quale vengono, in genere, attuate delle terapie palliative mirate ad alleviare le sofferenze del paziente nell'ultimo periodo della sua esistenza. In ambito psiconcologico è di primaria importanza, in questa fase, farsi carico delle esigenze psicologiche del paziente, oltre che dei familiari, aiutandoli ad elaborare la separazione ed il lutto imminente.

## Il Coping

Il Coping rappresenta la modalità cognitivo-comportamentale con la quale un individuo affronta la malattia e, più in generale, la capacità di affrontare i problemi e le loro conseguenze sul piano emozionale. Rappresenta, in definitiva, la modalità di adattamento propria di ciascun soggetto di fronte ad un evento negativo, stressante, in quanto ciascun individuo presenta uno specifico e peculiare stile di coping.

In ambito oncologico lo stile di coping del paziente è un parametro di grande rilevanza per le sue molteplici implicazioni che si riverberano sulla modalità di reazione psicologica e sull'adattamento psicosociale alla malattia, sulle possibili complicanze psicopatologiche, sulla qualità della vita successiva alla diagnosi di neoplasia, sulla adesione ai trattamenti antineoplastici e, con molta probabilità, anche sul decorso biologico e sulla prognosi stessa della malattia.

Diversi fattori determinano la reazione individuale: il tipo, la gravità e la sede della patologia, le caratteristiche psicologiche e di personalità (compresi eventuali disturbi psichiatrici preesistenti), il precedente livello di adattamento raggiunto dal soggetto, il significato attribuito al cancro anche in relazione all'età, a fattori culturali e religiosi, alla presenza e all'entità del supporto sociale.

In generale sono riconoscibili quattro diversi profili di coping in presenza di una malattia neoplastica, contraddistinti da differenti livelli di ansia e depressione, oltre che da differenti risposte comportamentali:

- hopelessness/helplessness, caratterizzato da elevati livelli di ansia e di depressione, dall'incapacità di mettere in atto strategie cognitive finalizzate all'accettazione della diagnosi, dalla presenza di numerose risposte comportamentali, dalla convinzione dell'esistenza di un locus di controllo esterno sulla malattia;
- spirito combattivo, contraddistinto da moderati livelli di ansia e di depressione e da numerose risposte di confronto, palliative e comportamentali, attraverso le quali la paziente cerca di reagire positivamente e costruttivamente alla situazione, mantenendo una convinzione di controllo interno sulla malattia;
- accettazione stoica, con bassi livelli di ansia e depressione, attitudine fatalistica, convinzione di controllo esterno sulla malattia;

•negazione/evitamento, in cui appaiono del tutto assenti sia le manifestazioni ansioso-depressive, sia le strategie cognitive, nella convinzione da parte della donna di un controllo sia interno che esterno nei confronti della malattia.

In uno studio condotto su pazienti oncologiche sono stati identificati quindici stili di coping diversi nei confronti della neoplasia, ai quali corrispondono altrettanti meccanismi difensivi, tra i quali i più frequentemente riscontrabili sono la rassegnazione fatalistica (che si esprime col mantenere un atteggiamento di completa passività nei confronti della malattia), la proiezione (che consiste nell'attribuire ad altri o a situazioni esterne la causa della malattia), la razionalizzazione (con ricerca e richiesta di informazioni sulla propria patologia), il confronto (porsi realisticamente di fronte al problema), la compliance (consistente nell'avvalersi del supporto e delle indicazioni di persone di fiducia).

#### **Le risposte emozionali più comuni sono:**

1. "spirito combattivo", atteggiamento di ottimismo e di fiducia nelle proprie capacità al fine di fronteggiare e sconfiggere la malattia;
2. "negazione-evitamento", con tendenza a minimizzare l'entità e la gravità della patologia, mantenendo un atteggiamento di relativa indifferenza;
3. "atteggiamento fatalistico", con tendenza alla passività e all'assenza di opposizione nei confronti della malattia;
4. "preoccupazione ansiosa", con reazione di allarme ansioso nei confronti della neoplasia, ricerca febbrile di informazioni, elevati livelli d'ansia con ripercussioni significative sulla qualità della vita del paziente;
5. "disperazione", con sensazione di sconfitta ed ineluttabilità del male, angosce di morte, vissuti depressivi, sovente mancata adesione alle terapie.

Vari studi hanno evidenziato come un tipo particolare di reazione psicologica alla diagnosi di cancro possa esplicare un ruolo significativo sul decorso della malattia, influenzando anche sull'immunità cellulo-mediata, la cui importanza nella difesa dell'organismo dai tumori è ormai ampiamente riconosciuta; in questo senso, un atteggiamento di rifiuto o di negazione della patologia ed un atteggiamento combattivo nei confronti della stessa sono correlabili ad una prognosi migliore, rispetto a quella prevista di fronte ad un atteggiamento di passività, di ineluttabilità e di disperazione nei confronti della malattia.

Qualora le strategie attuate dall'individuo per fronteggiare la malattia risultino funzionali ed efficaci, l'adattamento può rappresentare un'importante occasione di crescita maturativa per il soggetto e la malattia può condurre ad una ridefinizione della sua situazione personale ed esistenziale. Viceversa, se le capacità e le risorse del paziente, nel far fronte ad uno stress così intenso, sono limitate, potranno insorgere reazioni psicopatologiche.

Alcuni Autori hanno proposto un modello di personalità a rischio di neoplasia definito personalità di Tipo C (cancer-prone personality). Sembra che la tendenza a sopprimere o a negare le emozioni più intense, in particolare la rabbia, attraverso il ricorso a meccanismi difensivi quali la negazione e la rimozione, e l'incapacità di manifestare i propri sentimenti verbalizzandoli, si correlino a una più elevata incidenza di malattia o ad una maggior gravità, fino alla realizzazione di vere e proprie alterazioni fisiologiche e/o organiche. In questi soggetti, inoltre, è riscontrabile una correlazione tra tale profilo personologico e la reazione biologica allo stress, con riduzione della risposta immunitaria e, conseguentemente, con una maggiore vulnerabilità alle malattie.

E' utile, a nostro avviso, conoscere gli stati d'animo ricorrenti durante la malattia, perché, trattandosi di "difese psicologiche" consentono alla persona ammalata di entrare a poco a poco nella nuova realtà, per meglio adattarsi ed organizzarsi.

Sarebbe pericoloso intervenire con modalità inopportune. E' importante sapere come comportarsi, per accostarsi alla persona con disponibilità ed umiltà, liberandosi da idee preconcette. Mettersi nei panni dell'altro ci consentirà di comprendere realmente, momento per momento, ciò che si aspetta da noi.

Essere vicini ad una persona sofferente è un compito delicatissimo: i malati sviluppano delle antenne molto sensibili che captano gli stati d'animo reali degli altri. "Condividere" la malattia può essere logorante, ma se fatto con le giuste indicazioni, è uno degli atti d'amore più nobili e porta con sé grandi ricompense.

I meccanismi di difesa devono essere riconosciuti e compresi da quanti si pongono con il paziente in una relazione d'aiuto. Essi costituiscono il terreno sul quale muoversi nell'interesse del malato.

Se, ad esempio, il paziente, che avverte il bisogno di sfogare la sua rabbia, ci allontana con modi sgarbati è utile comprendere che il suo atteggiamento è un modo di ribellarsi alla malattia, contro quella che gli appare come una sorte ingiusta e cattiva ( "Perché proprio a me?").

Oppure, in risposta all'incomprensione che percepisce chiaramente intorno a sé e che ostacola un dialogo aperto e leale con i propri familiari, può cercare in un estraneo neutrale, la possibilità di esprimere i suoi dubbi ed i suoi timori.

I meccanismi di difesa sono modalità automatiche di risposta che si manifestano sia nell'ammalato, che nei suoi familiari, come negli operatori sanitari o nei volontari, in tutte quelle persone, cioè, che si trovano a confrontarsi con la malattia.

Nei momenti in cui c'è bisogno di arginare una forte ansia, il nostro inconscio ci viene in aiuto facendo scattare alcune reazioni automatiche di cui la mente cosciente resta inconsapevole, indipendenti cioè dalla volontà cosciente.

Queste difese servono a salvaguardare gli equilibri psicologici della persona malata. Nello specifico, servono ad affrontare lo stress della malattia, degli interventi terapeutici e della degenza ospedaliera.

Per grandi linee, i più frequenti e significativi meccanismi di difesa sono.:

#### **La Negazione**

Ogni medico è sempre cauto nell'esprimere una diagnosi di cancro e sa di dover prendere in esame lo stato psico-emotivo del paziente. Spesso la prima reazione è l'incredulità, anche davanti ad una diagnosi precisa, ai risultati positivi degli esami o al ricovero in ospedale oncologico.

L'inconscio del paziente "taglia" tutti i pezzi di informazione negativa, li cancella e li distorce, consentendo alla mente conscia di elaborare solo informazioni accettabili.

Una paziente si dirà: "Ho un'infezione, devo fare qualche indagine, ma in fondo non è nulla". Oppure: "Sicuramente c'è un errore, hanno confuso il mio esame con quello di un'altra, andrò da un altro medico ..."

Il meccanismo della negazione consente alla persona malata di non entrare bruscamente in contatto con una verità troppo amara. Se ciò avvenisse, ne seguirebbe un conflitto talmente forte da sommergere la sua psiche in un'angoscia montante, fino alla follia.

Rispettiamo un atteggiamento simile; solo a poco a poco, e con estrema delicatezza, si potrà portare queste persone ad accettare la realtà.

### **La Regressione**

È un ritorno, sul piano emotivo, a fasi precedenti. Il malato torna indietro nel tempo, anche fino a stadi infantili.

Da bambini ciascuno di noi ha sperimentato la confortante presenza della mamma, pronta ad accontentare ogni nostra richiesta. Si può far ricorso a questo meccanismo in circostanze difficili. Succede anche per delle malattie banali, come l'influenza; ci piace essere coccolati, desideriamo che gli altri si curino di noi e li assilliamo con continue richieste di piccole cose.

Un'ammalata quindi può diventare petulante, esigente, e si attende da chi si relaziona con lei (parenti, medici, infermieri, volontari) un atteggiamento protettivo e condiscendente, come quello di un genitore: gli archetipi del buon padre o della buona madre.

Nella regressione si può anche notare il fenomeno di transfert e controtransfert. La paziente può comportarsi col medico e con l'infermiera come se fossero la mamma ed il papà e viceversa, un medico o un'infermiera possono avere verso la degente atteggiamenti paterni e materni. Il controtransfert è spesso indotto dal paziente: con il suo atteggiamento di dipendenza determina in chi lo cura atteggiamenti protettivi o paternalistici.

Può perfino verificarsi un'inversione generazionale di ruoli tra madre e figlio: il figlio assume le funzioni di padre verso il genitore ammalato in atteggiamento regressivo.

### **Lo Spostamento**

Di fronte ad una situazione grave, l'attenzione emotiva può essere rivolta a situazioni non apparentemente collegate al problema centrale. Ad esempio, una madre di famiglia sembra preoccuparsi più dei problemi familiari, che della sua malattia. Succede anche quando si ha una malattia seria e dopo un po' subentra un altro disturbo anche non grave, la paziente comincia ad interessarsi solo di quest'ultimo, dimenticando l'altro.

### **Il Misticismo**

Alcuni ammalati si aggrappano alla religiosità, non tanto per una propria reale convinzione, ma confidando nella protezione divina o nel miracolo come unica via di uscita da una situazione che li angoscia.

E' come se dicessero: "Io non riesco a gestire questo problema; lo affido a Dio e sarà lui a pensarci". Anche questo è un meccanismo di difesa, affidare cioè tutta la responsabilità di quello che ci succede a qualcuno più potente di noi, rinforzando questa convinzione con simboli esterni di affidamento come crocifissi, medagliette, figurine e rosari, usati non come segni di una fede forte e responsabile ma come magici talismani.

La "supervalutazione del personale ospedaliero" è un atteggiamento simile al precedente ma, in questo caso, rivolto soprattutto ai medici, al grande chirurgo, che appaiono onnipotenti, in grado di guarire il paziente se solo questi riuscirà ad entrare nelle loro grazie, e all'infermiere che magari potrà intercedere.

L' "ipervalutazione delle cure" determina numerose fughe all'estero. Queste ultime, spesso giustificate da un'assistenza migliore, non sempre assicurano terapie risoltrici.

### **L'aggressività**

Può considerarsi una particolare forma di spostamento. Il risentimento, spesso frequente nella persona ammalata denota un atteggiamento ostile verso l'ambiente e verso gli altri. Può apparire ingiustificata, ma in realtà è rivolta verso chi rappresenta la parte bella della vita, mentre si soffre. Il malato riversa la sua ostilità nei confronti della malattia, che vede come un'ingiustizia, sul primo che gli capita a tiro.

Un atteggiamento provocatorio può rappresentare un tentativo di comunicazione che noi dovremmo saper riconoscere. Se non si comprende subito il significato del messaggio, bisogna attenersi alla regola dell'astensione: fermarsi ed assecondare. A volte, anche se difficile ed imbarazzante, può essere necessario restare in silenzio.

### **L'Identificazione**

Può succedere, nella relazione con un malato, di pensare: "Se questo dovesse capitare a me? se fossi io al suo posto? " In tal caso ci stiamo proiettando in lui, ci stiamo preoccupando soprattutto di noi stessi.

Crederci di incoraggiare il malato con espressioni del tipo: "Via, non è nulla, vedrai che presto tornerai meglio di prima" significa mistificare la realtà e impedirgli di esprimere il suo vero stato d'animo.

Se siamo invece portati a sopravvalutare la sua reale condizione clinica, trasferendo così la nostra angoscia o depressione sul paziente, a questo punto, egli non dovrà badare solo alle proprie ansie ma anche alle nostre che, senza accorgercene, gli abbiamo scaricato addosso.

E' importante convincersi che i problemi non si risolvono ignorandoli, rimuovendoli nell'inconscio. Allontanandoli dalla nostra coscienza essi ritornano in forma più grave e dolorosa, in attesa di una soluzione possibile.

Le difese psicologiche non sono, tuttavia, esclusive degli ammalati, ma possono attivarsi, in determinate circostanze, in qualsiasi individuo e con modalità variabili. E' fondamentale comprendere che, mentre i meccanismi di difesa in una persona sana vanno individuati e trattati adeguatamente per consentire l'evoluzione personale, negli ammalati e soprattutto in quelli gravi essi vanno riconosciuti e, molto spesso, accettati e rispettati.

Anche se il paziente rivela una visione palesemente errata della realtà, va riconosciuto il suo intento difensivo. In situazioni simili non è tanto importante il trionfo della verità quanto l'equilibrio e la serenità del malato. Egli manca di stabilità, di equilibrio, è in cerca di punti di appoggio lungo un percorso difficile e, al momento, cerca di farlo nel modo migliore.

Non dobbiamo ricadere nella vecchia trappola dell'atteggiamento autoritario e protettivo. Non è opportuno suggerire all'altro cosa fare, sostituirci a lui o prendere iniziative impedendogli di agire responsabilmente.

Ma è altrettanto importante evitare di rinforzare i meccanismi di difesa del paziente assecondandoli con l'approvazione. Il nostro atteggiamento non deve essere né di opposizione né di approvazione. Non dobbiamo né rompere né rinforzare i meccanismi di difesa, ma conservare un atteggiamento quanto più possibile neutrale, magari restando in rispettoso ma partecipe silenzio.

Né freddi né imbarazzati, ma consapevoli che la nostra semplice presenza permetterà alla donna malata di oggettivare il suo problema e di elaborarlo in modo autonomo. Il problema più grave è che spesso i nostri modi di sentire, di percepire la malattia e la realtà dell'altro intervengono nel rapporto, anche involontariamente.

Se non ne abbiamo coscienza, inevitabilmente trasferiamo sull'altro il nostro bagaglio psicologico ed emotivo. Ciò avviene tramite la "metacomunicazione", una comunicazione non verbale ma fatta di gesti, di espressioni del volto, di toni di voce.

Ad esempio, una domanda del paziente ci può mettere in imbarazzo, non sapendo cosa rispondergli: abbassando gli occhi o facendo un risolino, magari con la voce rauca, metacomunichiamo tutte le nostre difficoltà. L'altro può percepire ed elaborare questi segnali muti a suo modo.

I meccanismi di difesa sono molto importanti per il paziente, perché servono a salvaguardare il suo equilibrio psicologico, ad affrontare lo stress della malattia, degli interventi terapeutici, della degenza ospedaliera, ad arginare l'angoscia, altrimenti, non sopportabile. Essi sono anche utili al decorso della malattia, perché un paziente meno ansioso può collaborare meglio alla propria guarigione.