



Celeste Picone

LA COPPIA E LA MALATTIA

Marcella e Marco chiedono aiuto a causa della forte conflittualità che da tempo caratterizza la loro relazione: c'è molta aggressività, litigano in modo furibondo e non proporzionato alle cause. Marcella dice che Marco beve troppi alcolici, è tenero ed affettuoso con i loro due figli, poi improvvisamente severo con espressioni rabbiose e non appropriate. Nei primi due colloqui non rinvengo motivi sufficienti per spiegare la loro litigiosità e solo al terzo incontro, indagando sui tempi d'origine della loro tensione, vengo a sapere che c'è un problema di salute di Marco. A causa di un incidente stradale ha gravi problemi ad un piede che procede verso la necrosi con prospettiva di protesi (amputazione caviglia e piede) e deve sopportare dolori molto forti.

Ho riscontrato – il discorso sul lavoro condotto con Marcella e Marco lo riprenderò più avanti – che la richiesta di consultazione di coppia è avvenuta nella mia esperienza professionale parecchie volte per una litigiosità che aveva un'importante origine in un problema di salute difficile da riconoscere nella sua portata reale. Domanda manifesta dunque: litigiosità, aggressività; domanda inconscia o preconsocia: elaborazione malattia.

Vi specifico quindi il tema del mio intervento: sto parlando di una parte dei casi con problemi di malattia che sono arrivati alla mia consultazione, cioè quelli in cui la malattia non ha comportato un'elaborazione psicologica appropriata e il lavoro dell'apparato psichico ha prodotto uno specifico adattamento difensivo caratterizzato da reattività rabbiosa, adattamento condiviso dal partner sano. L'aggressività che è normale conseguenza al dolore ha comportato in questi casi proiezioni e spostamenti.

Si tratta inoltre di coppie o famiglie alle prese con malattie non terminali, cioè non molto gravi, non tali da introdurre con decisione il contatto con una prospettiva molto probabile di morte, casi nei quali è più probabile si sviluppino sentimenti depressivi.

La malattia si è configurata, nelle consultazioni avvenute in particolare negli ultimi anni di lavoro più raggiungibili dalla mia memoria, come:

evento traumatico, nel senso che la malattia sollecita emozioni che soverchiano la persona richiamando il ricordo di ferite del passato (questo concetto lo svilupperò più avanti);

come evento doloroso che irrompe e richiede la necessità di lavoro per l'apparato psichico al fine di realizzare un nuovo adattamento per la persona portatrice della malattia e anche per il partner o addirittura per la famiglia intera (oggi parliamo di coppie, rimandando il discorso sulla famiglia ad altra occasione);

come ferita narcisistica che ha costretto ad affrontare il dolore della presa d'atto della propria difettosità, imperfezione, fragilità, bisognosità;

come contatto con la perdita e i sentimenti conseguenti;

come fonte di colpevolizzazioni, di sentimenti di disistima di sé, di vergogna;

come evento che introduce cambiamenti in relazioni di ruolo ormai precarie.

Per illustrarvi tutto questo, prima sviluppo alcuni dei concetti elencati sopra; poi mi addenterò a parlarvi di alcuni casi clinici.

Malattia come evento traumatico

Per quanto riguarda il concetto di trauma devo richiamare il ricco lavoro di SANDLER: Trauma, Tensione e Sviluppo, pp. 97-113, in La ricerca in psicoanalisi, II, Ed Boringhieri), che ci permette di ripercorrere alcuni



concetti fondamentali della complessa e ricca teorizzazione di Freud sull'argomento, arricchita da elaborazione dell'autore stesso.

"In tutto il lungo arco dell'opera di Freud il concetto di trauma non ha subito sostanziali modificazioni".¹ Freud considerò il trauma come "un'esperienza d'impotenza vissuta dall'io di fronte all'accumularsi di eccitamenti, di origine interna o esterna, che non possono essere liquidati e controllati. È possibile valutare la traumaticità di un evento solo considerando lo stato interno della persona colpita e come essa sperimenta l'evento stesso."²

Sandler in *Trauma tensione e sviluppo* in *La ricerca in psicoanalisi*, parla di trauma retrospettivo in riferimento ad eventi dell'attualità che sollecitano il ricordo di un'esperienza del passato che era stata allontanata dalla coscienza, insieme agli affetti e alle emozioni ad essa collegate.

Possiamo considerare la condizione di malattia come traumatica se il vissuto è d'impotenza e/o tale da riattivare ferite dolorose del passato.

All'evento traumatico si associa come esperienza soggettiva il dolore.

Malattia come evento doloroso

La malattia si configura come condizione dolorosa dal punto di vista fisico e psichico.

Sandler (*La ricerca in psicoanalisi*, vol. I, pp. 141-183), definisce il dolore come "discrepanza tra uno stato attuale del sé e uno stato ideale desiderato basato sul ricordo di uno stato precedente". Nel dolore fisico sono sempre presenti due immagini divergenti dello stato del corpo. Possiamo chiamare stato ideale dell'immagine del corpo quella desiderata di un corpo ben funzionante; l'altra può essere opportunamente designata come lo stato attuale del corpo. "Lo stato ideale di benessere è strettamente legato con i sentimenti di salute e di sicurezza".

"Dal punto di vista delle pulsioni risposta normale al dolore è l'aggressività" diretta però contro la fonte del dolore. Proiezioni e spostamenti danno luogo a sviluppi patologici.

"Dal punto di vista dell'io ci sono molte possibili risposte al dolore, tra tutte la più importante è l'individuazione, processo che implica la Rielaborazione, in una maniera molto simile al processo del lutto.

L'individuazione richiede che venga abbandonato, ai fini dell'adattamento, il perseguimento di stati ideali perduti e che questi vengano sostituiti da nuovi ideali in sintonia sia con l'io sia con la realtà. Tale processo è in atto non solo nelle condizioni di malattia, ma anche in tutte quelle tappe di cambiamento della nostra vita che comportano problemi di individuazione (entrata università, matrimonio, nascita figli, crisi mezza età, invecchiamento): è necessario abbandonare in maniera variamente dolorosa stati del sé precedentemente rassicuranti e soddisfacenti per trovarne di nuovi.

¹ Cfr. Freud già nel 1892-94, nella prefazione alle *Lezioni del Martedì di Charcot*, poi in *Inibizione Sintomo e Angoscia* nel 1925, e in *Introduzione alla psicoanalisi* nel 1932. Per Freud nella situazione traumatica l'io è esposto, impotente, a quantità di eccitamento che non possono essere scaricate, né in alcun modo controllate. L'esperienza del trauma, cioè dell'impotenza, è la medesima qualunque sia l'origine dell'eccitamento che non può essere controllato.

² Sandler, tenendo presente la definizione di trauma di Freud, trae alcune conclusioni a partire dal materiale dei casi di bambini osservati e indicizzati alla Hampsted, una di queste è che "un radicale sconvolgimento ambientale può non essere traumatico, mentre può essere sperimentato un trauma in una situazione esterna che ad un osservatore appare del tutto ordinaria, che può essere stata affrontata in maniera soddisfacente in precedenti occasioni, e questo avviene spesso per esempio quando un bambino è malato". Breuer e Freud parlano di traumi parziali, affermano che nel caso dell'isteria capita spesso di trovare numerosi traumi parziali che costituiscono il gruppo di cause scatenanti, in luogo di un singolo trauma importante. Detti traumi sono stati in grado di esercitare il loro effetto per via di sommazione. Sandler, p. 101, parla di traumi parziali cumulativi. Freud: trauma come riattivazione. Sandler: trauma retrospettivo.



Primo caso

Ritorniamo alla coppia composta da Marco, anni 36, e Marcella, anni 34, sposati da sei anni. Hanno due figli, rispettivamente di uno e cinque anni. Marco a causa di un incidente stradale, avvenuto un anno e mezzo prima, ha un grave problema ad un piede che procede verso la necrosi con prospettiva di protesi (amputazione caviglia e piede). Gestisce un albergo con ristorante insieme alla moglie Marcella la quale chiede il mio intervento a causa di una grossissima conflittualità di coppia. Marcella e Marco litigano in modo furibondo, lui è aggressivo con modalità non proporzionate alle cause e lei, pur volendogli bene, non lo sopporta e s'infuria a sua volta. Colgo che i motivi di scontro sono inconsistenti. Comprendo la dolorosità della situazione di Marco, sottoposto a dolori fisici molto forti e quasi continui, accentuati dalla necessità di dover comunque continuare a lavorare come se non avesse male, e il dolore fisico lo fa innervosire sempre di più.

Marco ha vissuto un'infanzia difficile: aveva un padre che bevevo molto, aggressivo, incontrollato, non in grado di mantenere una stabilità lavorativa, da lui percepito come di poco valore. La madre, buona e dedita al lavoro, aveva poco tempo per occuparsi dei figli ed era poco disponibile emotivamente. Marco ha dovuto fare da solo presto, sia nell'infanzia che nell'adolescenza, quando lasciò la scuola dopo la terza media e andò a lavorare in città in vari ristoranti. L'occuparsi dei figli è un modo di risarcire il se stesso che non ha potuto essere piccolo. La buona riuscita lavorativa e il ruolo di padre responsabile ed adeguato hanno comportato una gratificazione di buon funzionamento adulto e di riscatto rispetto al padre.

Marcella sentiva di aver costruito molto: un albergo e un ristorante suoi, una buona adeguatezza come moglie e come madre, avvertiti come riscatti rispetto a percezioni svalorizzate di se stessa molto dipendente dai genitori. Tutto ciò s'interrompe con l'incidente di Marco.

Viene meno la relazione di ruolo stabilita fino ad allora e caratterizzata dall'assunzione di ruoli genitoriali gratificanti per entrambi che si sono sentiti adulti responsabili e genitori appropriati e dall'aver raggiunto insieme buoni traguardi di efficienza lavorativa.

Ora Marco beve troppi alcolici e di conseguenza si fa controllare come un bambino, cosa che lo fa arrabbiare enormemente, si sente simile al padre in quanto aggressivo e violento con moglie e bambini per ogni piccolo loro errore.

Marcella non ce la fa più. Si ritrova bisognosa dell'aiuto dei genitori, viene meno il rifornimento narcisistico derivante dal sentirsi brava come moglie e madre, ogni attenzione accudente di Marco verso di lei non c'è più.

Per entrambi c'è un dolore causato dalla necessità di accettare un contrasto tra la realtà attuale e l'«ideale di sé» a cui si erano avvicinati: per Marco la possibilità di essere diverso dal padre; per Marcella l'emancipazione rispetto a sentimenti di dipendenza dalla propria famiglia.

Per entrambi c'è un dolore causato dalla necessità di accettare un contrasto tra la realtà attuale e l'«ideale di sé» a cui si erano avvicinati: per Marco la possibilità di essere diverso dal padre; per Marcella l'emancipazione rispetto a sentimenti di dipendenza dalla propria famiglia. Siamo impegnati inoltre nel contatto con la condizione di fragilità e bisognosità attuale, lontana da quella di efficienza da loro vissuta, idealizzata e fonte di benessere.

La costruzione di un nuovo adattamento è tuttora in atto e comporta anche la considerazione di controlli medici e di una nuova integrazione di ruoli lavorativi.

Secondo caso: terapia di coppia iniziata due anni fa e tutt'ora in atto.

Si tratta di Guido, anni 59, e Valeria, anni 58, due anziani anzitempo; hanno due figli rispettivamente di 27 e 24 anni. Lui ha subito un importante intervento cardiologico, ha problemi di artrosi per cui si muove lentamente e con postura piegata. Valeria soffre di artrosi deformante e di altri disturbi. Il loro rapporto è



caratterizzato da una elevatissima litigiosità volta a distoglierli dallo loro malattia: meglio litigiosi (forti) che dei poveri vecchietti malati e rinunciari.

La malattia ha cambiato la loro vita; ad essa si è aggiunto per entrambi il pensionamento. La relazione di ruolo precedente alle malattie iniziate più o meno contemporaneamente, era caratterizzata da una forte dipendenza di Guido da Valeria, lui ultimogenito, sempre svalorizzato, ha lavorato alla dipendenza di un fratello. Valeria ha lavorato come capo ufficio nell'ambito amministrativo municipale e al tempo stesso si è sempre occupata sia dei figli, sia della casa, sia del marito come di un figlio. Guido, accettando questo ruolo, non ha dovuto mettere in discussione quello vissuto nella sua famiglia di provenienza, e Valeria, donna molto attiva, ha tratto gratificazione dall'essere lei quella che si occupava di tutto, ripetendo uno stile sviluppato nella sua famiglia d'origine dove aveva affrontato l'espropriazione dall'essere stata l'ultimogenita per la nascita di un fratellino occupandosene lei.

La malattia ha cambiato la loro vita. Valeria non può più fare tutto e Guido rifiuta di collaborare ancora prima di provarci e di capire di che cosa ha bisogno la moglie, sia dal punto di vista pratico che emotivo. Lei fatica molto ad accettare di avere dei limiti e dei bisogni.

Il dolore con cui sono alle prese è caratterizzato per Guido dalla paura di non farcela a dare un contributo e per Valeria dal sentire che, se non è lei che si occupa di tutto, il contributo che riceve è sempre inferiore alla sua aspettativa, cosa che scoraggia Guido.

Il processo d'individuazione avviato è volto a trovare un nuovo adattamento: lui capace di fare qualcosa e lei capace di accettare dei limiti e dei contributi sentendo che riceve qualcosa di buono. Hanno potuto inoltre rivisitare con me la loro vita, stanno considerando il loro ruolo dentro e fuori la famiglia, rivedendo scala di valori e progetti.

Rimangono un po' litigiosi e va bene mantenere questa difesa meno estesa però a tutta la loro relazione: così si sentono un po' più forti e non troppo dei poveri vecchietti malati e rinunciari.

Conclusioni

In conclusione alcune coppie chiedono una consultazione a causa di una litigiosità e conflittualità che ha un'importante origine in un problema di salute difficile da riconoscere nella sua portata dolorosa. Il lavoro dell'apparato psichico volto a fronteggiare l'evento traumatico rappresentato dalla malattia, ha prodotto uno specifico adattamento difensivo caratterizzato da reattività rabbiosa. Questo adattamento in parte condiviso dal partner sano non è più funzionale alla coppia o ad uno dei due membri.

Il lavoro terapeutico che ho illustrato è volto non solo a rielaborare antiche sofferenze ma a realizzare un'elaborazione del dolore per la perdita della piena salute, della prestanza fisica e a favorire una presa d'atto della propria fragilità e bisogno per costruire un nuovo adattamento di tutti membri