

AMPUTAZIONI DELL'ARTO SUPERIORE: IL CONTRIBUTO DALLA PSICOLOGIA ED IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

D. PAJARDI, G. PAJARDI, U. MARTORANA¹

Policlinico MultiMedica - Sesto San Giovanni (MI)

¹ Clinica Ortopedica - Università degli Studi di Palermo

Upper-extremity amputations: the contribution of Psychology and the Psychologist's role

SUMMARY

The professional help in a situation such as trauma of the hand, even more when the outcome is amputation, requires that the medical staff must consider the variety and complexity of the patient's different needs; not only surgical and rehabilitative needs but also psychological ones that overlook the person's individual and social spheres. A serious trauma to the hand, whether accidental or surgical (to correct a previous pathology), can result in a personality disorder or psychological imbalance, according to the trauma or pathology history and physical consequences, or deteriorate into a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) according the DSM-IV Classification or into a post-traumatic neurosis (according to traditional psychoanalysis literature). Even when the surgical aspect and the subsequent rehabilitation process are central, a traumatic event this intense requires a multidisciplinary approach where the patient and family can find support and space to elaborate on his or her loss, especially in the early stages following surgery.

Riv Chir Mano 2005; 2: 63-69

KEY WORDS

Amputation, PTSD, stress

RIASSUNTO

L'aiuto professionale in caso di un trauma, e a maggior ragione quando questo ha come esito un'amputazione, deve essere rivolto alla presa in carico totale della varietà e complessità dei bisogni che il paziente presenta, bisogni di ordine chirurgico e riabilitativo, ma anche psicologico e riguardanti la sfera individuale e sociale. Un evento traumatico così grave interessante la mano, sia che avvenga a causa di un incidente che come indicazione chirurgica al fine di gestire una precedente patologia, può, infatti, essere la causa, per le modalità con cui avviene e per le conseguenze fisiche, di disturbi ed alterazioni dell'equilibrio della personalità del soggetto fino a configurare un disturbo post traumatico da stress (PTSD) secondo la classificazione del DSM IV-R o una nevrosi post-traumatica (secondo la dicitura più classica della psicoanalisi). Anche in un contesto in cui il gesto chirurgico e la successiva fase riabilitativa sono centrali un evento traumatico di così forte impatto, richiede una presa in carico del paziente che non può prescindere, da un lavoro in équipe multidisciplinare nel quale trovare uno spazio per l'elaborazione della perdita e il supporto del paziente e del suo sistema familiare, specie in relazione alle fasi cliniche più critiche del trattamento chirurgico.

PAROLE CHIAVE

Amputazione, PTSD, stress

Arrived: 10 January 2005

Accepted: 18 June 2005

Correspondence: Pajardi Daniela, c/o Policlinico MultiMedica, Via Milanese 300, Sesto San Giovanni (MI)

E-mail: pajardi@tiscalinet.it

L'ARTO SUPERIORE: DAL RUOLO CORPOREO AL RUOLO PSICHICO

La mano è un distretto corporeo centrale all'interno di molteplici aspetti della vita dell'individuo.

Fin dai primi mesi di vita gioca un ruolo di primaria importanza, dall'inizio dello sviluppo psicosensoriale, infatti, accompagna l'esplorazione dell'ambiente.

Nel corso della vita dell'individuo, poi, la mano è presente all'interno della vita sociale: partecipa alla comunicazione non verbale, oltre ad essere sempre visibile agli occhi degli altri e a quelli del proprietario.

Altro aspetto rilevante è la possibilità d'accesso della mano a tutti i distretti corporei, fattore che contribuisce a sostenere il senso d'autonomia e d'indipendenza poiché consente l'igiene e la cura personale.

Ma, la mano riveste anche un ruolo nella sfera intima e sessuale e, per alcuni individui, è un fondamentale strumento professionale, si pensi per esempio alla destrezza digitale necessaria in talune attività: muratori, cuochi, dentisti, chirurghi. Determinate professioni, poi, richiedono non solo un'integrità funzionale della mano, ma anche una presenza estetica, in questa categoria possiamo trovare attività quali le hostess e gli artisti.

Una menomazione interessante la mano può quindi essere così importante da modificare pesantemente il percorso di carriera di un individuo oltre ad alterarne complessivamente la qualità di vita.

Al di là degli aspetti funzionali e sociali, la mano ricopre un ruolo fondamentale nella definizione e mantenimento dell'immagine corporea dell'individuo e dello schema corporeo.

Lo schema corporeo fa riferimento alla percezione del corpo nello spazio e subisce un'alterazione in caso di amputazione richiedendo aggiustamenti dal punto di vista neurologico e neuropsicologici; ma la perdita di una parte del corpo, quella della funzione somatica, e il sentirsi sfigurati coinvolgono la persona anche nell'alterazione dell'immagine corporea.

Fin dal momento della nascita prendiamo confidenza con il nostro aspetto esteriore e ci confrontiamo con la reazione a quest'ultimo delle altre per-

sone. Il repentino cambiamento, causato da un trauma, sia esso dovuto a un incidente piuttosto che dalla necessità di un intervento chirurgico dettata dalla presenza di patologie, pone la persona davanti al rischio di non riconoscere il proprio corpo come tale.

Il vissuto di perdita in relazione alla propria identità genera nel paziente ansia, depressione, sentimenti di isolamento e profondo dolore per la perdita subita.

L'immagine corporea interiore, immutata per anni, entra in conflitto con l'immagine esteriore acquisita in seguito all'amputazione, sviluppando un vero e proprio conflitto intrapsichico.

L'immagine corporea alterata può portare il paziente a focalizzare eccessivamente l'attenzione sulla menomazione ed in particolare sul suo aspetto fisico. Il moncone diventa, quindi, l'aspetto più centrale della fisicità del paziente.

Il paziente è convinto che la mancanza dell'arto sia la prima cosa che gli altri vedono di lui e che a questo proposito lo giudichino. In questo contesto percettivo e per la grande risonanza emotiva del trauma compare il sentimento della vergogna e la conseguente necessità di nascondere la menomazione in ogni modo. La persona tenderà allora a nascondere il moncone tentando di evitare le situazioni quali spiaggia o ristorante, ma anche cercando di camuffarlo con maniche lunghe o guanti.

La vergogna per il proprio aspetto fisico può causare problemi di natura sessuale, aspetti complicati anche per l'alterata sensibilità del moncone, fattore che può creare disagio nei partners.

Problematiche relazionali possono anche insorgere davanti all'eventualità di formare nuove relazioni, soprattutto perché si percepiscono meno attraenti delle altre persone, come persone "incomplete" sul piano fisico ed in qualche modo anche sul piano psichico. Percepirsi in modo diverso modifica il loro modo di porsi all'interno del contesto sociale.

NECESSITÀ E URGENZA DI "RIPARARE"

L'amputazione costituisce sempre un evento carico di profonda sofferenza sia per il paziente, per i

suoi famigliari, ma anche per il personale sanitario al quale è chiesto di riparare il danno (1).

Il paziente porta all'équipe curante una domanda di guarigione intrisa di aspettative alle quali è bene dare voce, poiché andranno inevitabilmente a influenzare la relazione del paziente con il personale sanitario e, di riflesso, la compliance, cioè la capacità di accettazione ed adesione, al piano terapeutico proposto.

La maggior parte dei pazienti chiede aiuto per essere alleviati da un problema che influenza pesantemente la qualità della loro vita, sia personale che professionale, non sono, infatti, infrequenti le persone che a causa di un'amputazione tendono ad evitare qualsiasi gesto che possa attirare lo sguardo altrui sulla propria mano escludendosi dal contesto sociale.

Il paziente porta all'attenzione di tutto il personale sanitario la propria "urgenza" di riparare in modo totale e definitivo il danno subito.

Le aspettative possono sottendere diversi vissuti. A questo proposito due esempi rendono evidente come ci si trovi, poi, a dover gestire pazienti tra loro molto diversi.

Un primo vissuto può originare da una incondizionata fiducia nella scienza medica, sostenuta più che altro dai mass-media che enfatizzano le possibilità miracolistiche e le tecniche all'avanguardia senza dare una reale informazione sui pro e contro, come pure la loro applicabilità a tutti i casi o, come spesso avviene, del loro effettivo utilizzo solo in sede sperimentale.

La scienza medica viene sempre più spesso vista come in grado di risolvere definitivamente tutti i problemi di salute delle persone ed investita di attese salvifiche.

Un altro meccanismo che innesca processi psicologici evidentemente diversi è la negazione dell'amputazione, il paziente si porrà allora alla ricerca di soluzioni per annullare l'evento ed il trauma psichico stesso.

Talvolta i pazienti presentano aspettative miracolistiche che, poiché inevitabilmente disilluse, determinano vissuti di frustrazione e svalorizzazione nei confronti di sé e dell'équipe curante.

Per la complessità della situazione da affrontare sembra, infatti, ottimale la presa in carico del pa-

ziente mediante équipe multidisciplinare (psicologo, fisioterapista, chirurgo) (2).

In questo contesto la figura dello psicologo si inserisce nello spazio fra la aspettative poste dal paziente e la prospettive chirurgico/riabilitative come accompagnamento e sostegno rivolto al paziente in un percorso di rielaborazione ed accettazione della nuova realtà.

Per evitare una valutazione conflittuale dei risultati chirurgico/riabilitativi, è importante accompagnare il paziente in un percorso di accettazione delle reali possibilità, questo, quando è possibile, prima di iniziare un qualsivoglia trattamento.

IL RAPPORTO CHIRURGO/PAZIENTE

Una buona relazione terapeutica tra il personale sanitario ed il paziente è una delle variabili che può essere di aiuto al fine di mobilitare nel paziente quelle risorse che consentono un processo di accettazione della amputazione e la compliance al piano riabilitativo e chirurgico proposto dall'équipe curante.

Il chirurgo è uno dei primi operatori sanitari che entra in contatto con il paziente al suo ingresso nella struttura ospedaliera. La relazione che si crea fin dai primi istanti influenza la reazione sia fisica che psichica del paziente prima e dopo il gesto chirurgico.

Una buona interazione incrementa la soddisfazione per le cure ricevute, ma soprattutto è un ottimo presupposto per una buona compliance al piano terapeutico proposto dall'équipe curante.

Il chirurgo, in particolare, si trova nella situazione di dover informare il paziente sulle prospettive realizzabili. Fornire un'informazione realistica e non scivolare da apertura alla speranza su cosa potrà essere la vita del paziente nel futuro significa comunque vigilare sul rischio del professionista di operare confusione tra l'ottimismo e promesse irrealistiche (3).

Il professionista, infatti, non è immune dal contatto con l'emotività del paziente traumatizzato: le aspettative miracolistiche del paziente possono coincidere o influenzare quelle del chirurgo determinando vissuti di frustrazione e svalorizzazione per entrambi.

Quando le aspettative miracolistiche del paziente colludono con quelle del chirurgo, la disillusione che ne deriva inevitabilmente, può ripercuotersi sia sul rapporto con le altre figure dell'équipe che con il paziente sostenendo od innescando nel paziente stesso sentimenti di sfiducia ed inutilità che possono ostacolare la compliance al piano terapeutico/riabilitativo proposto e il reinserimento psico-sociale e lavorativo.

Ancora una volta la modalità di lavoro in équipe multidisciplinare viene in aiuto nella gestione di una situazione tanto complessa allo scopo di consentire ai differenti professionisti di lavorare nella migliore condizione possibile occupandosi dei relativi campi e senza trascurare la possibilità di un proficuo confronto.

Quando un quadro medico ha così importanti ripercussioni anche sul piano psicologico, l'emotività del paziente e dei famigliari deve essere accolta come reale espressione di un bisogno e a questo scopo il chirurgo può essere una figura centrale nel consigliare il contatto con lo psicologo.

L'indicazione di colloquio psicologico effettuata dal chirurgo come possibilità per il paziente di affrontare una situazione, indubbiamente difficile, con una maggiore abilità contribuisce a sollevare il paziente dal timore di risultare "pazzo" o disadattato, aspetti ancora presenti a livello sociale e che talvolta rendono difficoltoso il contatto con lo psicologo.

FASI CLINICHE DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO E DEL PROCESSO DI ELABORAZIONE PSICOLOGICO

Un valido sostegno psicologico al paziente amputato si articola, quindi in differenti momenti che accompagnano lo svolgersi del protocollo chirurgico/riabilitativo.

Da un confronto fra attività clinica e letteratura sull'argomento (4), possiamo considerare due momenti della vicenda post-traumatica del paziente. Un primo periodo prende in considerazione l'ospedalizzazione, mentre un secondo prende avvio dalla dimissione del paziente stesso.

Il percorso che porta il paziente all'interno della struttura ospedaliera può essere o di natura trauma-

tica o relativo ad un precedente quadro clinico quale, per esempio quello oncologico.

La condizione che i differenti pazienti devono affrontare è ben diversa, da una parte vi è il violento impatto psicologico con l'amputazione, dall'altra un sacrificio reso inevitabile da una condizione già esistente. Il paziente che necessita di un'amputazione come "soluzione salutare" può viverla come un sacrificio sul piano estetico in nome di un miglioramento dalla condizione di salute, ma anche come un ulteriore trauma in aggiunta a quello già rappresentato dalla malattia.

All'interno del contesto ospedaliero il paziente risulta inizialmente prostrato e apparentemente indifferente. È in questo momento che solitamente viene effettuata la comunicazione della necessaria amputazione del segmento, comunicazione che, per quanto supportata da spiegazioni in merito, ha una intensa risonanza emotiva.

In questa prima fase lo psicologo opera all'interno del pronto soccorso e presta particolare attenzione a cercare di ostacolare le possibili fantasie di onnipotenza o, al contrario, vissuti di impotenza.

Le prospettive chirurgiche, spesso, fanno piombare il paziente in uno stato di disperazione, il più delle volte, infatti, non coincidono con quanto immaginato.

Lo psicologo inizia a considerare con il paziente la necessità di rielaborare il lutto per l'arto, rassicura il paziente sulla normalità delle reazioni che sperimenta, e su un piano clinico, considerando che la possibilità di esprimere la propria emotività riduce la futura comparsa di patologie psicologiche, opera un intervento non solo di sostegno, ma anche preventivo.

Durante il ricovero post-operatorio la delega rispetto alla propria condizione è necessariamente rimessa nelle mani del chirurgo. L'inoperosità in relazione alla meta desiderata e l'attesa possono far emergere vissuti di colpa e i primi sentimenti si autosvalutano.

Il supporto psicologico rimane fondamentale nel post-operatorio, momento nel quale è da considerare fisiologica la comparsa di elaborazioni fantastiche (ansie di morte, fragilità, vulnerabilità, incapacità di mantenere il controllo di tutte le parti del

corpo), oltre alla necessità di elaborare la perdita, reintegrare il nuovo schema e la nuova immagine corporea e cercare soluzioni alternative alle limitazioni funzionali arrecate dal trauma nel quotidiano e nel contesto lavorativo.

Tuttavia, fino a quando vi è la fasciatura, ed il paziente è ancora all'interno del reparto ospedaliero, la sensazione sperimentata è quella di accettazione e supporto. La fasciatura, che protegge, ma anche nasconde, lasciando ancora molto spazio alle illusioni, talvolta di natura irrealistica.

Per molti pazienti il primo vero contatto con il moncone avviene dopo la cicatrizzazione, quando ha inizio il protocollo fisioterapeutico. Il paziente viene chiamato in causa in modo attivo, la mano non è più protetta dalla fasciatura ed è quindi visibile costantemente.

Questo particolare momento del protocollo chirurgico/riabilitativo può essere il reale momento dell'inizio di un processo di rielaborazione dalla nuova condizione, ma è anche il momento della caduta delle illusioni e quindi scatena profonda sofferenza.

Terminato il ricovero il paziente rientra in contatto con il proprio ambiente di vita. Un ambiente familiare supportivo è una delle variabili che supportano le abilità di coping del paziente in relazione al trauma. Per questo il supporto deve essere anche esteso al sistema familiare che si trova a dover aiutare il paziente.

Un discorso specifico deve essere fatto per i soggetti in età pediatrica, dove è determinante la reazione e la capacità di accettazione del trauma da parte dei genitori.

Inventare e imparare nuove strategie nel quotidiano spetta unicamente al paziente, frequentemente, l'apprendimento di tali abilità è ostacolato da ragioni di ordine più psicologico che materiale. In questi pazienti la nuova condizione di handicap dà spazio alla raccolta di informazioni su soluzioni possibili. Anche in questo momento, nella mente del paziente, possono prendere forma aspettative di tipo irrealistico riguardanti soluzioni protesiche o chirurgiche irrealizzabili.

Ogni individuo reagisce al trauma con modalità differenti anche in relazione alle differenti risorse

sociali ed individuali. I soggetti che trovano un buon adattamento sono di norma coloro che riescono a reintegrarsi nella sfera sociale e familiare, anche talvolta cambiando attività lavorativa, queste persone sono, appunto, coloro che sono stati in grado di rielaborare la perdita (5). Per altri individui il processo di rielaborazione del trauma non riesce a raggiungere un sufficiente grado di elaborazione tale da consentire un buon adattamento, in queste situazioni permane un disagio psicologico che viene vissuto come necessità di nascondere il moncone o utilizzandolo in modo strumentale godendo del fatto di porsi nella condizione di "assistito" piuttosto che di "avente diritto".

COMPLICANZE PSICOLOGICHE

È ormai assodato, da parte di coloro che operano nell'ambito sanitario, come la severità e l'estensione del danno causato da un trauma non sia proporzionale alla reazione psicologica all'evento, come per altro non c'è una crescita proporzionale diretta nella relazione tra reazione psicologica ed entità della perdita funzionale (2).

Reazioni emotive quali ansia, depressione, paura, frustrazione, vergogna, rabbia, tristezza in occasione di una amputazione sono di per sé una normale reazione ad un evento traumatico, anche quando l'espressione emotiva risulta particolarmente intensa.

Tuttavia, in alcune situazioni la durata e l'intensità della reazione può indicare che l'amputazione della mano è associata a disturbi psicologici come il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), disturbi d'ansia, depressione.

Immediatamente dopo un trauma è frequente che la reazione dell'individuo soddisfi i criteri per il Disturbo Acuto da Stress (ASD), ciò accade quando la sintomatologia si manifesta e risolve all'interno di un periodo di quattro settimane dalla data del trauma. Nel caso in cui i sintomi persistano per più di un mese e soddisfino i criteri per PTSD, la diagnosi cambia in PTSD.

Nella metà dei casi i sintomi entrano in remissione completa dopo tre mesi, in altre situazioni,

invece, possono persistere per più di dodici mesi dopo il trauma, in alcuni casi i sintomi alternano accentuazione ed attenuazione, l'accentuazione può verificarsi in concomitanza con fattori che possono ricordare il trauma, eventi di vita stressanti o nuovi eventi traumatici.

Il PTSD può manifestarsi a qualsiasi età, solitamente i sintomi si manifestano entro i tre mesi dal trauma, anche se, in alcuni casi, possono trascorrere mesi o anni dalla comparsa dei sintomi.

Quando il paziente è un bambino, invece, è presente comportamento disorganizzato o agitazione, disturbi del sonno. Nei bambini più piccoli i sogni relativi all'evento traumatico possono nel corso di alcune settimane generalizzarsi in incubi con minacce per sé e per gli altri.

È frequente che un bambino riviva il trauma attraverso il gioco, giocare il trauma è un modo di rielaborare l'esperienza traumatica; rappresenta, quindi, un'esperienza importante simile al parlare allo scopo di sfogarsi dei soggetti adulti.

In letteratura ci sono indicazioni verso un interessamento di sintomi presenti nel PTSD o nel ASD nel 94% dei soggetti interessati da un severo trauma riguardante la mano (3), in particolare i soggetti sperimentano stati ansiosi, flashbacks e incubi notturni.

PTSD e ASD sono, infatti, i disturbi maggiormente diagnosticati in soggetti vittime di amputazioni, anche se, nelle amputazioni in generale, non è raro un disturbo depressivo clinicamente diagnosticabile in soggetti amputati di recente.

Seguendo la definizione del DSM IV-R (6), il PTSD è caratterizzato da sintomi psichici che seguono all'esposizione di un evento traumatico esterno che causa o può causare morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica; o alla presenza di un evento che comporta quanto detto per altra persona, o di venire a conoscenza di morte inaspettata o di grave danno, minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione.

La risposta della persona interessata da PTSD è di paura intensa, dalla sensazione di essere inerme.

Nell'evitare gli stimoli associati al trauma la persona si sforza volontariamente di evitare pensieri,

sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento traumatico, evitando anche situazioni, attività o persone che lo possono ricordare. Tale atteggiamento può portare anche amnesia per alcuni aspetti dell'evento.

È caratteristico dalla sintomatologia il continuo rivivere il trauma, come anche l'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma, ottundimento della reattività generale e sintomi costanti dell'aumento dell'arousal.

Il trauma può essere rivissuto in vari modi, comunemente sono presenti ricordi intrusivi e ricorrenti dell'evento o sogni sgradevoli durante i quali l'evento è rivissuto o rappresentato, raramente si presentano stati dissociativi durante i quali la persona si comporta come se stesse rivivendo l'evento. Tali stati, denominati flashbacks, sono solitamente di breve durata anche se possono essere associati a disagio prolungato e innalzamento dello stato di attenzione.

Dopo l'evento, solitamente, il soggetto può avvertire riduzione di interesse per attività precedentemente considerate piacevoli, distacco ed estraneità nei confronti di persone, riduzione nella capacità di sperimentare emozioni e diminuzione delle prospettive future.

Può essere presente la comparsa di sintomatologia ansiosa, peraltro la più frequente in caso di amputazione e l'aumento di arousal non presenti prima del trauma, oltre alla difficoltà a disturbi del sonno, ipervigilanza e esagerate risposte di allarme, inoltre, alcuni soggetti lamentano difficoltà a mantenere la concentrazione, o ad eseguire compiti, scoppi di ira ed irritabilità.

Anche la definizione data dal DSM IV-R coinvolge il soggetto in una concezione più allargata: portando attenzione al contesto relazionale nel quale il soggetto è inserito e, quindi, dando spazio alla necessità di fornire supporto all'intero di tutto il sistema familiare.

Lo psicologo che frequenta il reparto e supporta il paziente, nel caso in cui il processo di elaborazione del trauma vada incontro ad una evoluzione patologica, ha anche la funzione di consigliare un trattamento di tipo psicoterapeutico.

CONCLUSIONI

L'amputazione alla mano è un evento traumatico di forte impatto all'interno della vita di un individuo, sia che avvenga a causa di un incidente che come indicazione chirurgica al fine di gestire una precedente patologia.

La presa in carico del paziente non può quindi prescindere, anche in un contesto in cui il gesto chirurgico e la successiva fase riabilitativa sono centrali, da un lavoro in équipe multidisciplinare nel quale trovare uno spazio per l'elaborazione della perdita e il supporto del paziente e del suo sistema familiare, specie in relazione alle fasi cliniche più critiche del trattamento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Tedeschi M, Tondelli G. Problemi psicologici in chirurgia della mano. *Riv Chir Mano* 1992; 29: 205-11.
2. Bradbury E. *Counselling people with disfigurement*. Leicester: BPS Book, 1996.
3. Meyer TM. Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clin* 2003; 19: 41-9.
4. Pillet J, Didierjean A. La mano mutilata e il suo paziente. È possibile protesizzarli esteticamente? Risultati a lungo termine (follow up da 10 a 40 anni). *Riv Chir Mano* 1996; 33: 399-404.
5. Bradbury E. Trapianto di mano nell'uomo. Problemi psicologici. *Chirurgia della Mano* 1999; 36: 307-10.
6. American Psychiatric Association. *DSM-IV-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano, 2002.