

## *Note in margine a un caso di psicosi in ematologia*

*Tommaso A. Polisenò*

L'arte di muoversi tra *sensorialità e pensiero* è quasi una necessità quando si lavora in ospedale. In un periodo in cui la crisi investe molti paradigmi del sapere e non tralascia neppure il mondo psicoterapeutico, ci sembra di grande aiuto ricordare le riflessioni di Salomon Resnik che, pur attente a una dimensione teorica, sottolineano sempre la necessità di un autentico contatto con la vita, rappresentata da un setting terapeutico che si dilata oltre la stanza di terapia. Fuori dagli abituali schemi lo psicoterapeuta si muove come un artigiano sensibile e aperto alla creatività. Salomon Resnik è un maestro insostituibile per questo tipo di esplorazioni, maestro proprio nell'indicare la possibilità di decifrare l'iconografia psichica prodotta dai pazienti al pari di vere e proprie opere d'arte, che attraverso le sue interpretazioni, le immagini e i pensieri deliranti assumono profondità inaspettate.

“...Rispetto alla ricerca del vero significato di un oggetto o di un prodotto, l'ermeneutica di Resnik è un "sapere del possibile", un'interminabile ricerca del vero da parte di chi sa di non poter mai approdare alla verità. In tal modo la sua iconologia non ha alcuna presunzione classificatoria: mostra una irresistibile propensione a porre domande, ma ha la saggezza di astenersi dal formulare risposte, muovendosi lungo quell'incerto confine tra sensorialità e pensiero, tra dicibile e indicibile, tra presenza e assenza che caratterizzano l'aspetto eternamente aurorale della poiesis.” (dallo scritto introduttivo di Alberto Panza al libro di Salomon Resnik *L' arte del dettaglio. Sulle rocce di Capri, Van Gogh, Pan ed Egon Schiele*).<sup>1</sup>

Veniamo al paziente incontrato dalla dott.ssa Banchi e dalla dott.ssa Di Iorio nel Reparto di Ematologia, questi si presenta come vittima di una malattia che ha provocato “l'esplosione degli intestini con conseguente fuoriuscita di feci dalla bocca”. Penso che sia possibile fare il tentativo di superare la concretezza di questa descrizione, ripercorrendo alcune tappe del nostro sviluppo psichico (psicosensoriale).

Durante la prima settimana di vita il neonato può evacuare molto spesso - ad esempio dopo ogni poppata - per la presenza del cosiddetto riflesso gastro-colico, un meccanismo biologico per cui, quando il cibo arriva nello stomaco, automaticamente si innescano movimenti i peristaltici intestinali per svuotare il crasso. Ecco perché i neonati mangiano e subito, magari mentre stanno ancora poppando, emettono feci.

Sappiamo che le aree psicosensoriali dell'esperienza possono essere utilizzate dai pazienti psicotici non solo come vie di ingresso delle percezioni, ma anche come via di uscita: dagli occhi, dalla pelle, ecc. Secondo Bion, il pensiero può "evolvere" solo a condizione che l'apparato psichico elabori, o "metabolizzi", le impressioni sensoriali delle esperienze emotive che si manifestano nell'individuo

---

<sup>1</sup> Resnik Salomon, *L' arte del dettaglio. Sulle rocce di Capri, Van Gogh, Pan ed Egon Schiele*, Edizioni La Conchiglia, 2012

in ogni situazione. Queste impressioni "grezze", chiamate da Bion elementi beta, si originano sul piano della sensorialità e dell'emotività e sono destinate a rimanere su tale piano se non sono metabolizzate, cioè "depurate" delle loro caratteristiche di oggetti sensibili. Le caratteristiche degli elementi beta sono tali da renderli adeguati non per le operazioni di pensiero, ma solamente per la "evacuazione" dall'apparato psichico.

Il nostro paziente, nei primi momenti dell'incontro, apre uno scenario drammatico: l'esplosione dell'intestino, con l'emissione di feci dalla bocca, come a rappresentare quanto gli elementi beta indigeribili si siano caricati di una forza esplosiva che rende necessario evacuarli, non dall'ano dove dovrebbero arrivare in qualche modo digeriti, ma dalla bocca, cioè da dove sono entrati. Una sorta di riflesso gastro-colico invertito che può alludere al fallimento del nutrimento primario. D'altra parte sappiamo che il paziente accudiva la vecchia madre schizofrenica e che si lamenta molto della difficoltà a nutrire se stesso.

L'evitamento delle emozioni, soprattutto quelle più violente, è una delle attività principali della nostra mente. In generale, possiamo dire che quando prevalgono meccanismi evacuativi sviluppiamo fenomeni come la paranoia, le schizofrenie, le allucinazioni, i deliri, per certi versi anche gli autismi. Possiamo evacuare nel corpo (malattie psicosomatiche) o nel corpo sociale (da cui caratteropatie, delinquenze, stupidità collettiva). Stati proto-emotivi (in cui le emozioni sono ancora grezze e non ancora rielaborate e metabolizzate) possono anche essere contenuti in spazi della mente. Aggregati di proto-emozioni compattati formano le fobie se la strategia è quella dell'evitamento di esse, l'ossessività se la strategia è il controllo, l'ipocondria se la strategia è il confinamento in un organo del corpo, e così di seguito. Rimane da ribadire che l'evitamento resta comunque un'attitudine di qualsiasi mente.<sup>2</sup>

Un approccio agli interrogativi che pone il nostro paziente potrebbe appunto essere quello di chiedersi quale oggetto interno stia proiettando/evacuando sulle due terapeute nella stanza d'ospedale o su chiunque altro si sia trovato a passare di lì. Probabilmente un oggetto distrutto da usare come standardo per intimorire e tenere a bada chiunque osi avvicinarsi con intenzioni cattive, come ad esempio quella di turbare l'equilibrio raggiunto. Appunto come nel film di Hitchcock, Psycho, dove Norman, che ha ucciso la madre, dà vita alla sua mummia che, gelosa di lui e del loro segreto, gli ordina di uccidere, così il nostro paziente con l'esplosione intestinale minaccia inconsciamente di annichilire l'Altro per difendere la propria sopravvivenza.

Ma, cambiando verso, dobbiamo chiederci cosa sia successo nei giorni precedenti che dia senso alla necessità del paziente di spaventare l'altro (le colleghe terapeute hanno subito l'effetto delle proiezioni violente angosciandosi e somatizzando), senza tuttavia utilizzare risposte già pronte perché condizionate dall'iconografia psichica che il paziente propone. Sottolineo qui un problema di metodo (non essendo ovviamente possibile rintracciare gli eventi precedenti), più che altro voglio suggerire un modo di procedere in contesti così complessi (come l'ospedale) che inevitabilmente occultano la storia degli eventi significativi per il paziente. Il collegamento con gli eventi precedenti, l'attività di *legare* gli eventi tra loro, permetterebbe di mantenere un rifornimento di senso alla dinamica che viene osservata e in cui si manifesta la relazione, una certa fedeltà al *qui e*

---

<sup>2</sup> A. Ferro *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina Editore

*ora*, insieme al *dove e allora* già accaduto e/o che viene ripetuto, che ci permetterebbe di non esagerare con le nostre ricostruzioni personali. In sostanza si parla dell'utilità di osservare il grado di funzionamento mentale del paziente, il modo con cui costruisce le sue comunicazioni, piuttosto che l'esclusivo contenuto immediato dei suoi pensieri. Può essere molto importante per il buon procedere della relazione terapeutica avere chiaro in che modo si sviluppi il pensiero del paziente, da quali necessità interiori o meglio da quali altre emozioni nasce all'interno del fluire dei rapporti. È il continuo *ingranamento* delle emozioni con le relazioni che può permettere di leggere il gradiente di funzionamento mentale. Questa angolatura permette al terapeuta di lavorare per lo sviluppo degli strumenti per pensare del paziente, piuttosto che sull'utilizzo delle interpretazioni, a volte impossibile nella psicosi. Si tratta di costruire una trama condivisa, di riparare il tessuto relazionale.

Nel secondo colloquio è il paziente stesso a preoccuparsi di riparare la trama relazionale minimizzando e negando l'angoscia di morte (*è brutto vedere che cadono le ciocche*), come immagino che debba essere stato abituato a fare con la madre, in una specie di accudimento invertito che qui serve a rassicurare la psicologa, dichiarando in sostanza di non aver bisogno del suo aiuto. Una delle soluzioni più frequenti usate per controllare l'angoscia persecutoria è quella di sottrarsi al pericolo che la relazione con l'altro la susciti, l'altro vede ciò che non si può vedere. La perturbante persecutorietà dell'angoscia di morte cacciata dalla porta rientra dalla *finestra del transfert*.

Il transfert, proprio a partire dall'incontro con i pazienti più gravi, può essere inteso come l'apertura di quel canale comunicativo che consente il transito di *proiettili*<sup>3</sup> nella mente dell'altro, dove può avere inizio il processo di trasformazione e di alfabetizzazione di tali "proiettili", e se vogliamo anche un'esplosione contenuta. Inutile dire che anche la mente dello psicoterapeuta opererà delle forme di boicottaggio rispetto a tale contagio, poiché esso implica la gestione di un livello proto-emotivo più intenso. Questo boicottaggio è fatto il più delle volte usando delle teorie inadeguate come filtro rispetto all'accoglienza di quanto il paziente vorrebbe comunicare.

Bion le definisce come delle parafrenie, il cui senso è quello di consentirci di aggrapparci a qualche cosa per la paura che abbiamo del nostro pochissimo sapere: le nostre teorie sono spesso una sorta di zattera per non annegare nell'angoscia. Ma anche l'uso forte di teorie, *la psicoterapia come viaggio organizzato*, dice Antonino Ferro, in cui non manca niente di ciò che già sappiamo oppure il ricondurre il paziente a un modello chiaro solo nella mente del terapeuta (di qualsiasi modello si tratti) sono altrettanti modi per non allontanarci mai dalle Colonne d'Ercole che separano il pensabile dal non-pensabile. Ma quanti pericoli ci aspettano superati quei confini!

La clinica ospedaliera o comunque di prossimità ai pazienti gravi e/o psicotici espone di continuo a varcare le Colonne d'Ercole delle nostre sicurezze. Il terzo incontro con il nostro paziente è quello più difficile. Di fatto avviene poco prima della sua dimissione/espulsione, sarà mandato a morire a casa. Il sangue domina la scena, come mette in evidenza molto bene il *role play* durante il Corso di Perfezionamento in Psico-oncologia. "...il paziente dice che verrà dimesso se "il sangue" è tornato a livelli accettabili ed è in attesa del medico per saperlo. Dice che il medico, il giorno prima, non

---

<sup>3</sup> *Op.cit.*

*l'ha visitato approfonditamente perché stava arrivando il pranzo. Prende una garza sul comodino e un sacchetto di plastica che posiziona sotto il mento con una mano, mentre con l'altra mette un dito in gola per controllare se ha perdite di sangue (a sua detta) provocandosi invece, di fatto, dei conati di "vomito" con espulsione di catarro.*" Il medico/contenitore-adequato non svolge bene la sua funzione e bisogna far da soli. Escoriandosi il cavo orale, il paziente controlla da solo se il sangue è tornato a posto, le garze in bella vista certificano il rito di "analisi del sangue" *auto-generate*. Sembra una particolare forma di oggetto bizzarro, non composto da elementi visivi allucinati, come più spesso avviene, ma da elementi concreti (sangue/catarro) evacuati materialmente. Di solito i pazienti psicotici per costruire l'oggetto bizzarro invertono (nella fantasia) la funzione degli organi di senso che, *invece di incorporare percezioni* e portarle all'interno, *evacuano sensazioni* per produrre allucinazioni.<sup>4</sup> Più facilmente in questo oggetto bizzarro troviamo resti di funzionamento che corrispondono a funzioni sensoriali visive e uditive, ma dobbiamo ammettere la possibile presenza di resti di altre parti del corpo impegnate nella sensorialità primitiva: la pelle, la bocca, le mucose, l'ano, i capelli, ecc. l'oggetto bizzarro è organizzato come una *matrioska*, un oggetto contiene un altro che a sua volta è il contenitore del successivo. Una sorta di rincorsa vertiginosa che può comportare profondi stati di malessere nel paziente, ma anche nel terapeuta (com'è accaduto) attraverso il transfert. Sputare sangue dalla bocca è al tempo stesso segno di morte e di accudimento vitale, quello del medico che ci dirà guariti osservando con coraggio proprio la natura del sangue. La garza sporca di sangue è al tempo stesso quella della medicazione e quella che produce l'escoriazione. L'oggetto bizzarro prodotto dalla inversione della funzione alfa qui si presenta come sovrapposizione e agglomerato di elementi: cavo orale, dito, sangue, garza. Parti non integrate, ma soltanto giustapposte in un neo-oggetto, in cui si possono riconoscere e rigenerare i significati e le fantasie di un paziente solo grazie al processo di rielaborazione del terapeuta. Ma in questo caso siamo spinti ad amplificare le usuali considerazioni sull'oggetto bizzarro di natura allucinatoria prevalentemente visiva. Qui invece siamo precipitati nel mondo concreto, la garza insanguinata in bella vista sul comodino è un equivalente concreto dell'oggetto bizzarro allucinato. Ma ancora di più in concreto il caso illustra la possibilità dell'*agire bizzarro* nella psicosi. Si è dato poco valore ai comportamenti bizzarri degli psicotici come agglomerati simbolici equivalenti dell'oggetto bizzarro, composti anch'essi da una costruzione delirante, agglomerato di fantasie, credenze, illusioni, allucinazioni uditive e fantasie persecutorie all'interno di un oggetto reale.

Nell'*agire bizzarro*, l'oggetto bizzarro viene *messo in scena* e si tratta di una "scena isterica". Questa visione del problema è molto utile nel lavoro ospedaliero o di prossimità ai pazienti gravi, perché si tratta di un mondo pieno di *agiti*. In questi scenari l'azione domina il pensiero e si incarica di *parlare* del mondo interno del paziente in modo concreto.

È anche per questo motivo che usiamo il *role play* nei Corsi di Perfezionamento di Psico-oncologia, dove le scene cliniche sono rielaborate dal gruppo dei partecipanti attraverso una breve improvvisazione teatrale<sup>5</sup>. Il gruppo sogna e rielabora qualcosa del mondo interno del paziente depositato nel terapeuta che ha riproposto la scena clinica. Il lavoro onirico in questo modo spiega

---

<sup>4</sup> D. A. Arce, *Un modo di confrontarsi con il dolore. Illustrazione clinica dell'incontro con il dolore tra il paziente e l'analista*. In: M. Balsamo, a cura di: *Momenti psicotici nella cura*. Franco Angeli 2014

<sup>5</sup> F. Petrella, *La Mente come Teatro*; CST, Torino 1985

tutta la sua capacità di metabolizzare la violenza delle emozioni<sup>6</sup>. Il lavoro onirico dei partecipanti/attori raccoglie e amplifica i temi nascosti della scena clinica senza chiudere alcun discorso con risposte definitive, ma fornendo in modo creativo soluzioni aperte, disponibili per quando si tornerà sulla scena clinica in ospedale. Questo metodo in qualche modo riscrive il “testo” del paziente e a mio avviso può essere utilizzato per diverse e più usuali attività creative, come per *riscrivere* un testo teatrale o un film con gli attori o lo staff che ne è stato il protagonista, oppure per scrivere o riscrivere sceneggiature di opere teatrali o di film con gli autori. Considero quindi il lavoro onirico un’espansione della conoscenza.

Ma un’ultima considerazione va fatta a proposito della *scena isterica* in cui spesso ci troviamo non solo da spettatori ma come attori. Il termine “scena” è quello usato da Freud fin dalle prime ricerche sull’isteria, quando la teoria della seduzione si fondava sul potenziale patologico delle “scene vere”, scene di “epoca primitiva”. Il termine *scena* permette di pensare il passaggio possibile tra narrazione e fantasma. Spesso promuoviamo a rango di scena un ricordo, un brano della narrazione del soggetto, un sintomo, o a volte si costruisce una scena da un insieme di ricordi, dalle associazioni o ancora dalle impressioni che veicola il transfert. La *scena* è un prodotto comune e condiviso, antropologicamente fondata, che fa da ponte tra il ricordo, la narrazione, le associazioni, le fantasie, è il campo *aperto*, cioè non limitato a quanto ormai è concettualizzato, dopo i Baranger, come campo bipersonale. Intendo un campo dinamico tra più persone inevitabilmente connesse e complementari, per cui nessun membro del gruppo può essere capito senza l’altro. In sostanza i nostri scenari di lavoro hanno questa caratteristica.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> A. Ferro, *Le viscere della mente. Sillabario emotivo e narrazioni* ; Raffaello Cortina 2014

<sup>7</sup> W.Baranger; M. Baranger *La situazione psicoanalitica come campo bi personale* , Raffaello Cortina Milano 2011