

## **Un gesto perturbante: riflessioni su una scena clinica.**

*Pamela Banchi\**, *Manuela Di Iorio\**, *Domenico A. Nesci<sup>^</sup>*, *Simona Sica<sup>^^</sup>*

Da oltre dieci anni è in corso una collaborazione tra *The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals* (IIPRTHP), che è l'ente gestore della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (SIPSI) nonché uno dei Soci Fondatori della DREAMS Società Cooperativa Sociale onlus, e il Policlinico Universitario "Agostino Gemelli". Gli specializzandi della SIPSI e gli psicoterapeuti della DREAMS (tutti con perfezionamento in Psico-Oncologia conseguito nei Corsi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore) seguono quindi da tempo i pazienti del Reparto di Ematologia (Sezione Trapianti) del Gemelli in collaborazione con il Responsabile (Prof. Giuseppe Leone, originariamente, ed ora Prof.ssa Simona Sica) in base ad apposite convenzioni tra l'ospedale, la Scuola e la Cooperativa.

Per vari motivi (una gravidanza ed un trasferimento in altra città per motivi di lavoro) le due psicologhe che svolgevano il tirocinio presso il Reparto avevano terminato prematuramente il loro impegno nel mese di Luglio e si rendeva quindi urgente la loro sostituzione con altri due operatori sanitari qualificati.

Ci siamo quindi subito mossi scegliendo chi inviare in Reparto e come strutturare l'intervento (annullando il consueto lavoro di affiancamento dei "nuovi" con i "vecchi" tirocinanti già esperti e sostituendolo con un *briefing* svolto dal Dr. Nesci con le due specializzande SIPSI – Dr.ssa Banchi e Dr.ssa Di Iorio - che avevano dato la loro disponibilità). Lo scopo era quello di aiutare le due nuove tirocinanti ad orientarsi nelle dinamiche del Reparto e ad integrarsi nell'équipe dei curanti nel più breve tempo possibile, anche se eravamo consapevoli che questo ci esponeva al rischio di vivere situazioni di "spaesamento" per la mancanza di una adeguata preparazione (come in effetti è stato e come riteniamo utile documentare con questo nostro breve lavoro). La pubblicazione di questa osservazione clinica (vista da tre diverse prospettive, di cui questo testo è la prima) ha quindi lo scopo di dare ai Colleghi uno strumento di lavoro basato sulla narrazione di una vicenda clinica vissuta, favorendo delle riflessioni teoriche sulla necessità di utilizzare setting istituzionali diversi (sia individuali che gruppal) per favorire l'elaborazione di situazioni cliniche *unheimlich* (Freud,

---

<sup>1</sup> \* Specializzande SIPSI, <sup>^</sup> Co-Direttore SIPSI, <sup>^^</sup> Primario Reparto Ematologia Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"

1919; Rella, 1980), come quelle che si incontrano in Psico-Oncologia (Nesci e Polisenò, 1997) anche a causa della gravissima crisi del SSN.

I Parte: un incontro “*unheimlich*”

La procedura della consulenza psicologica nel Reparto prevede, nel giorno prestabilito per questa attività (che le due psicologhe svolgono insieme, proprio per l’approccio metodologico della nostra Scuola che teorizza che non si sia “mai soli” nella conduzione del rapporto con i malati oncologici ed i loro familiari) che l’équipe medica indichi i pazienti che potrebbero giovare di un colloquio psicologico.

Gli eventi sono narrati integrando i contributi delle due specializzande per rendere più comprensibili le “posizioni” delle psicologhe rispetto alla vicenda.

La scena clinica su cui si riflette si riferisce al primo colloquio con il primo paziente (che chiameremo Mario) visto nel primo giorno in Reparto. Una situazione in cui l’effetto *unheimlich* di “spaesamento” era quasi inevitabile...

Il paziente è un uomo di 55 anni circa, operaio edile disoccupato, celibe e residente presso l’abitazione della famiglia d’origine dove vive con la madre, invalida e con problemi psichiatrici. È stato già ricoverato in precedenza presso un altro Ospedale in cui lo operarono per “l’esplosione degli intestini con conseguente fuoriuscita di feci dalla bocca” (a detta del paziente) per poi trasferirlo al “Policlinico Gemelli” in Ematologia. Resterà in Reparto per circa un mese.

### *I° colloquio*

Durante il primo colloquio, ci si presenta come “Psicologhe del Reparto”, presenti entrambe per la maggior parte del colloquio; solo per gli ultimi 10 minuti ci si separa perché una (la Dr.ssa Banchi) deve ritornare nell’Ambulatorio di Psichiatria per un colloquio individuale programmato in precedenza, mentre l’altra (la Dr.ssa Di Iorio) rimane in stanza con il paziente che le parla della madre. Mario è preoccupato per lo stato di salute della mamma, di cui dice che solitamente si occupa lui. Il paziente ha un aspetto deperito e affaticato; parla anche delle sue difficoltà a nutrirsi correttamente a causa dell’intervento subito. Durante il colloquio si dice convinto che non rimarrà molto in Reparto.

### *II° colloquio*

Nel secondo colloquio sarà presente solo la Dr.ssa Di Iorio perché l’altra specializzanda è impegnata in Ambulatorio, come detto precedentemente. La Dr.ssa Di Iorio riporta che il paziente ha rasato i capelli in preparazione della chemio, perché “è brutto vedere che cadono le ciocche”. In

quel colloquio il paziente racconta che i medici e gli infermieri sono molto gentili e competenti, che si sente a suo agio in ospedale e che sta reagendo bene alle cure, quindi “forse la settimana successiva non ci vedremo” perché verrà dimesso presto. Nuovamente riferisce di non riuscire a nutrirsi adeguatamente, ma è contento perché ora ha un compagno di stanza con cui parlare (non presente durante il colloquio).

### *III° colloquio*

Il terzo colloquio è a ridosso della pausa estiva e delle dimissioni del paziente. Le psicologhe saranno presenti entrambe per tutta la durata dell’incontro. La prima sensazione è di deterioramento delle sue condizioni psicofisiche: 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 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.

Alla Dr.ssa Di Iorio sembra che il paziente voglia vomitare, e pensa al deperimento per lo scarso nutrimento del paziente ed al suo precedente racconto delirante sulla presunta fuoriuscita di feci dalla bocca. Sente una morsa allo stomaco... si ricorda che non ha fatto colazione ed ha un senso di fame impellente... si sente mancare.

La Dr.ssa Banchi, invece, non toglie lo sguardo dal paziente, ferma a cercar di capire fino a che punto potesse arrivare, non accorgendosi del malessere della Collega. La sua sensazione iniziale era che il paziente, attraverso quello strano gesto perturbante, controllasse la fuoriuscita del sangue... in lei prevale il bisogno di controllare fino a che punto possa giungere il paziente con le sue manipolazioni.

Appena uscite dalla stanza, le psicologhe decidono di uscire fuori dal reparto e sostare qualche minuto sulle scale per dare modo alla Dr.ssa Di Iorio di riprendersi. Durante quella pausa, si chiedono cosa fosse accaduto e, sentendosi “spaesate” dal gesto perturbante del paziente, decidono di chiedere alla fine del “giro” un incontro di supervisione al Dr. Nesci, sempre presente in Ambulatorio di Psichiatria durante gli orari del tirocinio.

Deciso ciò, rientrano in Reparto e tornano, dopo un po’, a salutare il paziente. Si vede subito che sul comodino c’erano molte garze piene di chiazze di sangue e che il paziente si era provocato una ferita sul labbro; la ferita sanguinava e i tentativi di asciugarla strofinando con forza in realtà aumentavano l’escoriazione. È sembrato che il paziente stesse peggiorando col suo comportamento bizzarro il suo già grave quadro clinico.

## Interludio: la supervisione “a caldo”

Nell’Ambulatorio di Consultazione Psichiatrica del Gemelli il Dr. Nesci riceve subito le psicologhe che raccontano il gesto del paziente che le ha turbate, specificando nel dettaglio che a quel gesto è seguito un malessere con sintomi di fame e svenimento, in una, e necessità di controllare la situazione con estrema attenzione sul comportamento del paziente, nell’altra. Emerge la situazione di scissione controtransferale delle psicologhe, non più complementari ma isolate nelle proprie sensazioni individuali, ingaggiate in una situazione inverosimile e perturbante. Le psicologhe sentono la necessità di creare ex novo uno spazio di riflessione, improvvisando un setting sulle scale fuori dal reparto in cui potersi confrontare e supportare rispetto all’evento. Questo contesto ha consentito di ripensare alle dinamiche transferali e controtransferali, considerando gli aspetti di familiarità con la situazione vissuta da ognuna, e solo dopo questa comunicazione a due è stato possibile tornare dal paziente e salutarlo.

Finito il giro in reparto, si raggiunge il Dr. Nesci in Ambulatorio, consapevoli del fatto che si necessitava di ripensare con il Supervisore a ciò che stava succedendo; lì si costruisce un nuovo setting in cui il dialogo diventa a tre. In Supervisione la situazione viene ripetuta: solo in questo contesto, in cui le azioni del paziente e le reazioni (controtransfert?) delle psicologhe vengono elaborate, appare evidente che il paziente aveva un comportamento autolesionista attraverso cui esprimeva una volontà inconscia di “rimanere” in Reparto il più possibile, viste le condizioni precarie, di assenza di cure, in cui si sarebbe ritrovato una volta tornato a casa. Il Dr. Nesci incoraggia le psicologhe a riferire subito l’episodio in Reparto consigliando di attivare gli interventi dei Servizi Sociali, a supporto sia del paziente che della madre. L’équipe medica accoglie i suggerimenti e si attiva in tal senso (ma senza successo a causa della crisi del SSN e della carenza di posti letto nella Regione Lazio).

L’intervento del Supervisore, in uno spazio terzo all’azione con il paziente, risulta significativo sia per favorire l’elaborazione del controtransfert nelle psicologhe, che lo avevano agito immediatamente, sia nel promuovere la circolarità della comunicazione all’interno del Reparto, in cui le psicologhe erano ancora “in rodaggio”.

II Parte: dopo la pausa estiva

I primi due lunedì di Settembre una delle psicologhe è impossibilitata a rientrare e l'altra decide di non alterare il setting che prevede la presenza di entrambe (memore anche dell'episodio precedentemente narrato e della concezione di Scuola del setting in cui bisogna essere presenti almeno in due per essere in grado di contenere i movimenti transferali del malato oncologico). Oggi, col senno di poi, possiamo interpretare questo fatto anche come una difesa inconscia dall'angoscia di morte suscitata dall'incontro con questo paziente perturbante.

Al rientro, mentre si sale in Reparto, si parla di come sono andate le vacanze: la Dr.ssa Banchi racconta di essersi sentita male per la metà della loro durata. Non riuscivano a capire cosa avesse: delle afte o delle placche nella gola? Comunque la febbre non passava nonostante tanti giorni di antibiotici. Era molto spaventata pensando a una misteriosa "contaminazione"... Invece, era una semplice influenza.

Raccontandolo alla Collega, il pensiero andò subito al paziente Mario ed alle sue escoriazioni alla gola, come se il paziente avesse "proiettato fisicamente" su di lei l'angoscia di morte. La fantasia inconscia sottostante della Dr.ssa Banchi era che, continuando a guardare il paziente in maniera quasi ossessiva, invece di andare via come istintivamente voleva fare la Di Iorio, si fosse esposta troppo alla malattia del paziente ammalandosene lei stessa.

Si creano così i presupposti per poter cominciare a pensare che le due posizioni difensive controtransferali siano state di conversione dell'ansia, nel caso della Di Iorio, e di angoscia ipocondriaca nella Banchi.

Arrivate in Reparto, i Medici comunicano che il paziente non era ancora stato dimesso perché, grazie anche alla segnalazione fatta in seguito alla supervisione prima dell'estate, l'équipe curante si era resa conto:

1. che Mario aveva un grave disagio psichiatrico (non comunicato ai curanti dai familiari, che forse non ne erano neanche loro realmente consapevoli)
2. che in famiglia non c'era nessuno che volesse o potesse occuparsi di lui, dopo le dimissioni,
3. che questo costituiva un'ulteriore difficoltà ad individuare una Struttura che lo accogliesse.

Le psicologhe rivedono il paziente: è ulteriormente dimagrito ma sembra stare meglio, anche i capelli sono ricresciuti. Tuttavia è "spaesato", come se non avesse nessun ricordo del periodo né dell'episodio narrato, tantomeno dei colloqui con le psicologhe. Mario sembra attuare un disconoscimento, verosimilmente conseguente al fatto che potrebbe essersi sentito rifiutato (disconosciuto) dalle specializzande. Il rifiuto ripete le carenze affettive verosimilmente vissute dal paziente in precedenza, con una madre malata psichiatrica.

Questo colloquio dura poco e il saluto è di congedo, perché il paziente era in via di dimissione.

Quella mattina, uscendo, a giro finito, c'è un materasso poggiato sulla parete vicino alla porta d'ingresso del Reparto. La Di Iorio fantastica sull'ipotetica morte del vicino di letto di Mario, un'ipotesi non confermata ma che in quel momento nessuna delle due desidera indagare.

La settimana successiva il paziente è ancora ricoverato e per vari motivi logistici la stanza è inaccessibile alle psicologhe che “non riescono” ad entrare: la porta semichiusa era sempre intralciata dai bidoni dei rifiuti organici e tossici, ovvero dai contenitori delle lenzuola sporche, infine, anche da un letto.

Si decide di non andare da Mario con la consapevolezza che si dovrà necessariamente procedere con una nuova supervisione con il Tutor istituzionale (il Dr. Nesci) per riflettere sulla resistenza ad incontrare il paziente, che sembra essere preambolo di qualcosa di non elaborabile in quel momento. Ma per un malinteso “non si riesce” questa volta ad incontrare il Dr. Nesci... La settimana seguente Mario è stato dimesso. Solo in seguito si saprà che è morto, poco dopo le dimissioni.

### III Parte: l'elaborazione della vicenda in uno psicodramma

Durante il terzo modulo didattico del Corso di Perfezionamento in Psico-Oncologia (frequentato dagli allievi della Scuola) la Dr.ssa Banchi presenta la vignetta clinica di questo paziente. Questa necessità emerge in lei perché sente la mancanza della Dr.ssa Di Iorio per la presenza di una sedia vuota posizionata al centro della stanza, una sedia che tutti gli altri corsisti (che sedevano in cerchio attorno ad essa) sembravano invece ignorare con indifferenza. Il gruppo dei partecipanti al Corso ha scelto, tra le varie scene cliniche raccontate nella prima parte dell'incontro, di rappresentare, di comune accordo, proprio questa scena perturbante del Reparto di Ematologia nello psicodramma che si svolge nella seconda parte della mattina, dopo la pausa caffè.

La metodologia del Corso prevede, dopo la narrazione della vicenda clinica, che si proceda alla scelta degli attori tra i partecipanti: è presente una “regista” (la Dr.ssa Fazzi, Tutor del Corso dell'Università Cattolica), che sceglie i dialoghi significativi e organizza (nel brevissimo tempo del coffee-break) la cornice in cui si svolge la scena. I personaggi scelti tra i corsisti sono: le due psicologhe, i due pazienti (il paziente e il suo vicino di letto, sempre di spalle in posizione fetale o “dormiente”), un infermiere e il medico referente del Reparto di Ematologia. Per quanto riguarda la scenografia vengono ricreati due letti con le sedie presenti nell'aula a rappresentare le due “posizioni” dei pazienti nella stanza del Reparto.

Si nota subito come erano posizionati i pazienti: Mario seduto e l'altro dormiente, girato di spalle. Queste posizioni rappresentavano il rimosso della vicenda clinica: il disconoscimento della patologia psichiatrica del paziente, la supervisione mancata col Dr. Nesci, la fuga dalla scena clinica della Dr.ssa Banchi nei primi due incontri (in parte o del tutto) e della Dr.ssa Di Iorio (assente invece al Corso), ma anche altre cose perturbanti: il rifiuto del paziente per l'angoscia di morte che suscita, la sua dimissione, la sua morte fuori dall'ospedale.

Lo psicodramma si articola in quattro scene. Nella prima, il paziente si provoca le escoriazioni, mentre l'altro paziente è girato di spalle e sembra dormire. Emerge subito la profonda scissione del paziente (proiettata transferalmente sulle due psicologhe) che la agiscono controtransferalmente per cui una sente il bisogno di non vedere e assentarsi mentre l'altra si sente "obbligata" a controllare, osservare ed essere presente, nonostante il turbamento che prova. Nella seconda scena viene rievocato il tragitto fino alle scale in cui l'una si appoggia all'altra e, arrivate sulle scale, le due specializzande si interrogano sul bisogno di nutrimento e su cosa stesse accadendo. Nella terza scena la porta della stanza di degenza è chiusa. Dentro c'è un infermiere... e le psicologhe non "riescono" ad entrare. Nella quarta scena le psicologhe parlano con il medico del Reparto spiegandogli che il paziente si provoca quelle escoriazioni per aggravare il proprio quadro clinico in modo da non essere dimesso, vista la situazione familiare drammatica. Viene prospettata la possibilità di chiamare il Servizio Sociale.

Postludio: l'elaborazione in un tempo/spazio "altro"

L'analisi del controtransfert, avviata durante la supervisione, fatta immediatamente dopo l'evento, con il Dr. Nesci, consente di pensare agli aspetti psicotici della struttura di personalità del paziente e di orientare l'équipe curante verso possibili soluzioni operative che consentano di intervenire. L'elaborazione nel Corso di Psico-Oncologia, con il Dr. Nesci, il Dr. Poliseno e la Dr.ssa Fazzi, approfondisce invece, in un tempo/spazio "altro", la consapevolezza del fatto che le due psicologhe agiscono una scissione nel campo: una accoglie la parte più sana del paziente, proiettata verosimilmente anche sul vicino di letto dormiente in posizione fetale e agisce l'angoscia di malattia (doppia, dei due pazienti) con ansia di conversione (nausea e svenimento); l'altra accoglie la parte più malata, agendo la difesa del controllo ossessivo (necessità di continuare ad osservare le attività manipolatorie del paziente, nonostante il malessere della Collega, e successiva paura della "contaminazione" nelle vacanze).



Le due posizioni sembrano richiamare aspetti depressivi, la prima, e paranoide, la seconda, in uno scambio che ricorda lo sviluppo neonatale del bambino rispetto alle angosce di sopravvivenza, descritte da Melanie Klein nelle “Note su alcuni meccanismi schizoidi” (1978). La situazione di malattia, precipita immediatamente il paziente, nutrito prevalentemente con alimentazione indotta, in una situazione primitiva in cui il principale bisogno da appagare è il nutrimento, che consente la sopravvivenza e contrasta la paura di annientamento.

Secondo la teoria Kleiniana, tra le funzioni dell’Io è preminente quella di far fronte all’angoscia. Ciò sussiste già agli esordi della vita e si manifesta con maggior chiarezza negli stadi di vita successivi. L’angoscia per la frustrazione del bisogno di nutrimento “è avvertita inizialmente come paura di annientamento (morte) e si configura pressoché immediatamente come paura di persecuzione” (Klein, 1978, 413). L’Io produce ben presto meccanismi di base per tollerare l’angoscia persecutoria; tra questi la scissione, consente di tenere separate la libido dall’aggressività al fine di realizzare un appagamento allucinatorio del nutrimento.

“Nell'appagamento allucinatorio hanno luogo, dunque, due processi combinati: l'onnipotente evocazione magica della situazione e dell'oggetto ideali e l'altrettanto onnipotente annientamento dell'oggetto persecutore cattivo e della situazione dolorosa. Alla base dei due processi c'è la scissione sia dell'oggetto che dell'Io” (Klein, 1978, 416).

La tendenza a realizzare il soddisfacimento si incentra sullo svuotare il corpo della madre di ogni cosa buona e desiderabile (fantasia sadico – orale, suzione vampiresca) e riempire il suo corpo di sostanze cattive e di parti del Sé scisse e proiettate dentro di lei (fantasia anale).

L’angoscia di morte provoca anche una fuga con successive fobie. “Il bisogno di esteriorizzare gli oggetti persecutori costituisce un elemento intrinseco del meccanismo delle fobie e questo bisogno nasce sia dall’angoscia persecutoria (relativa all’Io) sia dall’angoscia depressiva (relativa alla minaccia di pericoli per gli oggetti interni buoni che proviene dai persecutori interni). Le paure di persecuzione interna si manifestano inoltre in angosce ipocondriache e concorrono altresì alla comparsa di varie indisposizioni fisiche” (Klein, 1978, 2012, p. 58).

Tale scissione sembra essersi manifestata nella stanza del paziente in cui le due psicologhe hanno “accolto” la scissione e le fantasie persecutorie del paziente stesso. C’è una prima reazione di conversione dell’angoscia (e delle fantasie di suzione vampiresca, verosimilmente) in cui la psicologa (Dr.ssa Di Iorio) ha un senso di svuotamento e fame imminente: “non ci vede più dalla fame”. Poi una seconda reazione di angoscia ipocondriaca in cui la psicologa (Dr.ssa Banchi) pensa che il suo corpo abbia subito una contaminazione con placche o sostanze nocive che avrebbero potuto farla ammalare (proiezione di sostanze cattive dentro di lei).



La prima reazione di conversione dell'angoscia aveva carattere di imminenza con necessità di scarica immediata; consente alle psicologhe di capire che il paziente attua delle modalità non integrate e le spinge a parlarne immediatamente in supervisione, spazio terzo dove poter mentalizzare e metabolizzare l'evento. In quella sede il Supervisore comprende che il paziente ha un funzionamento psicotico, qualcosa di più grave degli "stati borderline transitori" che la nostra Scuola ha osservato nei malati oncologici (Nesci e Coll., 2009) e quindi un ulteriore fattore di rischio per un paziente che sembra già molto provato dalla sua malattia e dalla sua situazione di convivenza con una madre malata di mente. L'équipe psico-oncologica riesce così a ripensare l'evento perturbante e, comprendendo meglio la condizione esistenziale del paziente, restituisce coerenza tanto ai vissuti controtransferali delle psicologhe quanto al successivo lavoro di restituzione con il personale sanitario del Reparto a cui si segnala la gravità bio-psico-sociale del caso.

Ma ci sono dei "buchi neri" nell'esperienza: l'impossibilità di trovare un "posto" adeguato, una "heim", per il paziente morente... l'impossibilità di accorgersi che il paziente stava per morire, e quindi che sarebbe stato possibile trasferirlo in un *hospice*... l'impossibilità di avere in un qualunque momento una supervisione urgente con un Tutor istituzionale - per le psicologhe tirocinanti - o una consulenza psichiatrica psico-oncologica (essendo il Dr. Nesci l'unico psichiatra psico-oncologo strutturato del Policlinico "Gemelli") praticamente non sostituibile né come Tutor istituzionale né come consulente del Reparto, a causa della politica di blocco delle assunzioni di personale sanitario. E' a questo punto che la sedia vuota del Corso di Psico-Oncologia diventa significativa per la Dr.ssa Banchi, e la induce a riportare in supervisione, nel setting del gruppo di psicodramma, la vicenda clinica, in assenza della Dr.ssa Di Iorio.

L'angoscia di morte del paziente, espressa dal suo gesto *unheimlich*, diceva del fatto tragico della morte annunciata del SSN, un'istituzione che rischia di non poter più abitare nel nostro Paese.

## Post-Scriptum

La caratteristica del Corso di Perfezionamento in Psico-Oncologia (Psicodramma) è quella di prescrivere l'agire per poter elaborare esperienze pregresse. Si tratta dunque di un setting che risponde alla teorizzazione di una intrinseca necessità di agire per poter elaborare, così come segnalato in un altro lavoro della nostra Scuola su un agito nel corso di una psicoterapia (Franceschini e Coll., Doppio Sogno n. 7).

Grazie alla nuova cornice fornita dal Gruppo dello Psicodramma è stato possibile riprendere ad elaborare tutta la vicenda di Mario e prendere coscienza non solo dei suoi aspetti psicodinamici individuali ma anche della sua dimensione istituzionale.

La seconda supervisione individuale col Dr. Nesci potrebbe essere stata inconsciamente evitata perché in essa sentimenti di colpa e vergogna erano vissuti come troppo forti. Scaricare sul supervisore la responsabilità della supervisione mancata era un agito rassicurante, un modo per proiettare in lui l'angoscia della tragica situazione clinica del paziente, che rifletteva in realtà un fallimento istituzionale dovuto alle carenze attuali del SSN. Nello stesso tempo era anche un modo per abilitare l'uso, in un tempo/spazio successivo, di un setting gruppale (quello del Corso di Psicodramma) dove il processo doveva essere necessariamente agito (attraverso la messa in scena rituale) e quindi poteva effettivamente essere più facilmente riconosciuto ed elaborato perché agire non era più una colpa ma una prescrizione del setting istituzionale.

Dall'esperienza *unheimlich* che abbiamo riportato è nata però anche un'altra consapevolezza, di natura pratica ed istituzionale. La necessità di aumentare il numero degli psicologi in servizio nella nostra Cooperativa DREAMS e, nello stesso tempo, di favorire l'ingresso di psichiatri (con una preparazione specifica in Psicoterapia Istituzionale e Psico-Oncologia) in modo da poter fronteggiare le attuali gravi carenze del SSN e poter continuare a mettere il malato al centro della cura, piuttosto che le esigenze di "aziende sanitarie" che sembrano interessate a produrre profitti piuttosto che a rendere servizi economicamente sostenibili e di aiuto per tutti: pazienti, familiari ed operatori sanitari.

## BIBLIOGRAFIA

- Freud S, (1979). *Il perturbante (1919)* in *Opere 1919 – 1923*, Bollati Boringhieri Editore, Torino
- Klein M, (1978). *Scritti 1921 – 1958*, Editore Boringhieri, Torino
- Klein M, (1978). *Note su alcuni meccanismi schizoidi (1946)*, in *Scritti 1921 – 1958*, Editore Boringhieri, Torino
- Klein M, (1952). *Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia*, in *Il mondo interno del bambino 1952 – 58 (2012)*, Biblioteca Bollati Boringhieri, Torino
- Klein M, (2012). *Il mondo interno del bambino 1952 - 58*, Biblioteca Bollati Boringhieri, Torino
- Nesci DA & Franceschini R, (2005). *Gli agiti in rapporto al setting: elementi di rottura o di trasformazione*, in *Doppio Sogno n.7*

Nesci DA & Polisen TA, (1997). *Metamorfosi e cancro: studi di psico-oncologia*, Società Editrice Universo Editore

Nesci D. A., Polisen T. A., Salvatore G., Squillacioti M., Linardos M., Barra A.: *Stati Borderline Transitori nei pazienti oncologici: dall'esperienza clinica al disegno di un possibile protocollo di ricerca*. In Bria P, Nesci D.A., Pasnau R.O. *La Psichiatria di consultazione e collegamento: Teoria, Clinica, Ricerca, Formazione*. Alpes Edizioni, Roma, 2009.