

Manuela Di Iorio, Domenico Arturo Nesci

Angosce paranoide in camera sterile e nella psicoterapia online: riflessioni sul caso di un paziente in psicoterapia istituzionale.

Da molti anni seguiamo pazienti oncologici nel Reparto di Ematologia di un Policlinico Universitario. Frequentemente questi pazienti vengono sottoposti a trapianto del midollo osseo ed in alcuni casi sono costretti a trascorrere lunghi periodi di tempo in camera sterile. Si tratta di situazioni che possono suscitare angosce paranoide, di cui ha parlato dettagliatamente Nancy McWilliams nella sua lettura magistrale (2017). Anche Michael Garrett, nel corso delle supervisioni tenute con Nancy McWilliams agli specializzandi della nostra Scuola in Psicoterapia (SIPSI) che seguono malati oncologici (e loro familiari) ed agli specializzandi della Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università Cattolica (UCSC) che seguono pazienti con disturbi di personalità, al Policlinico Gemelli, nel Giugno 2017, su "Paranoia, Disturbo di Personalità e Psicosi", ha sottolineato come il cancro sia una patologia particolarmente stressante e capace di suscitare angosce paranoide.

Il caso su cui desideriamo condividere le nostre riflessioni con la comunità scientifica che si interroga sulla psicoterapia online è, secondo noi, particolarmente rilevante perché avvicina alcuni elementi del setting con pazienti in camera sterile (separati quindi da vetri molto spessi e senza possibilità di contatto con i curanti) alla situazione di impossibilità del contatto corporeo cui allude in modo particolare la Russell (2015) per sottolineare la profonda differenza che c'è tra un trattamento online ed uno *vis-à-vis*, in presenza fisica condivisa tra terapeuta e paziente. Ci soffermeremo in particolare su un elemento, quello della visibilità e dello sguardo, per proporre alcune riflessioni psicodinamiche. Garrett (2017), infatti, ha presentato, nella sua relazione preliminare, una vignetta clinica in cui la visione incompleta di un oggetto, dietro la tenda di una finestra, avrebbe innescato la paranoia di un suo paziente. Ipotizziamo cioè che alcuni fenomeni di distorsione audiovisiva osservati nell'incontro psicologico in camera sterile e nella psicoterapia online del nostro paziente, potrebbero aver innescato fenomeni paranoide. Subito dopo proponiamo però delle ulteriori osservazioni e riflessioni che inducono a pensare che queste stesse modificazioni abbiano anche contribuito, paradossalmente, a ripararli.

Questa complessità del setting della psicoterapia istituzionale online è quello su cui vogliamo attirare l'attenzione dei Colleghi per segnalarne l'originalità e l'efficacia terapeutica che ci spingono ad affermare la necessità che venga studiato da altri teams affiatati ed interdisciplinari, così come noi stiamo facendo già da tempo (Nesci e Coll., 2018).

Il caso di A.

Il sig. A ha cambiato città per motivi di lavoro, più di una volta. Dopo la morte del padre ha iniziato una psicoterapia classica che lo ha portato a lasciare un lavoro dipendente per tentare un'attività autonoma. All'epoca del lutto era molto stressato anche per problematiche relazionali con figure

autoritarie sul posto di lavoro. Si potrebbe ipotizzare che sia il cambio di attività professionale (da lavoro dipendente ad autonomo) che l'interruzione della psicoterapia classica trovino una motivazione inconscia in una difficoltà a vivere situazioni in cui si trovava a dipendere da qualcuno. Al sig. A è stata diagnosticata una leucemia. Successivamente è stato sottoposto ad un trapianto allogenico di midollo osseo. Il midollo è stato donato da un familiare.

La psicoterapia è stata richiesta spontaneamente dal sig. A presso il nostro Servizio di Psico-Oncologia appena ricevuta contemporaneamente la diagnosi e la "minaccia" di una prognosi infausta, qualora non avesse accettato il trapianto. Concordammo con la sua richiesta di un supporto psicologico durante le terapie onco-ematologiche, prima durante e dopo del trapianto.

Il setting è stato costruito in modo personalizzato, come sempre avviene nel nostro stile di lavoro clinico, affidando il paziente ad una psicoterapeuta che poteva seguirlo nel Reparto di Ematologia durante i periodi di ricovero, oltre che prima e dopo le dimissioni ambulatorialmente. Per evitare il rischio di una mancata *compliance* alle terapie oncologiche e di una difficoltà al lavoro psicoterapeutico (vista la precedente interruzione della psicoterapia classica) non si fece alcuna prescrizione psicofarmacologica e si propose una psicoterapia online costruendo un setting elastico, "transizionale". Con questo termine intendiamo un setting modificabile continuamente in corso d'opera, grazie allo stretto contatto tra paziente psicoterapeuta e psichiatra, nonché a frequenti incontri di supervisione in setting diversi e molteplici (individuali e di gruppo) garantiti dall'appartenenza degli operatori al nostro Servizio di Psico-Oncologia ed alla *International Association for Psychotherapy in Institutional Settings* (IAPIS).

La IAPIS è una società scientifica che consente, ai diplomati della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting istituzionale (SIPSI), tutti psico-oncologi oltre che psicoterapeuti che lavorano nell'ospedale, di continuare a partecipare alle supervisioni della Scuola senza alcun costo.

Il setting è stato pensato ed organizzato in forma duplice. La prima seduta di psicoterapia è stata fatta *vis-à-vis*, presso l'Ambulatorio di Consultazione Psichiatrica del Policlinico. Le successive sedute di psicoterapia si sono tenute su Skype a cadenza settimanale.

Il trapianto

Ad un certo punto il sig. A è stato ricoverato per il trapianto allogenico in camera sterile. Il trapianto comporta una chemioterapia a forti dosi nella speranza di distruggere tutte le cellule del midollo del paziente (allo scopo di eliminare quelle oncologiche) per poi infondere quelle sane di un donatore compatibile. Il paziente corre quindi un rischio di morte e vive una situazione particolarmente stressante.

Il sig. A veniva regolarmente visitato, durante la consueta presenza settimanale nel reparto di Ematologia, dalla stessa psicoterapeuta che lo seguiva su Skype, ambulatorialmente. La stanza sterile ha una vetrata che fiancheggia il letto del paziente ed un'anticamera dove cose e persone che entrano nella stanza di degenza vengono sterilizzate. Tutti i passaggi e le comunicazioni tra lo spazio interno e quello esterno sono, pertanto, filtrati e sterilizzati.

I colloqui si tenevano attraverso la vetrata: il vetro separava il paziente, all'interno della stanza, dalla psicoterapeuta, oltre la vetrata; la voce era modificata e amplificata da un microfono. C'erano quindi delle minime (ma percettibili) modificazioni audiovisive.

Durante il ricovero, il sig. A immaginava che le nuove e le vecchie cellule di midollo e di sangue interagissero tra loro per integrarsi, con la convinzione che “visualizzare il processo di comunicazione tra le proprie cellule e quelle che arrivavano dal donatore” avrebbe favorito l’attecchimento e ridotto il rischio di rigetto e di GVHD (*Graft Versus Host Disease*) e cioè la malattia inversa, dovuta al fatto che le cellule trapiantate aggrediscono il midollo del paziente – dopo il trapianto, vissuto dal paziente come una trasfusione di sangue - e ne attaccano le cellule originarie. In quel periodo in TV trasmettevano il cartone animato “Siamo fatti così” e lui lo seguiva attentamente per capire e avere delle immagini di riferimento relative alla struttura ed al funzionamento fisiologico del corpo e dei fluidi corporei (in particolare del sangue). Per inciso, riteniamo utile sottolineare che è il paziente stesso ad utilizzare una trasformazione audiovisiva (il cartone animato) per accostarsi in modo meno traumatico alle trasformazioni del suo corpo legate alla malattia ed al trapianto.

Nella fase post trapianto, la persona ripercorre *ex-novo* le fasi dello sviluppo e ri-impara: a mangiare dopo lo svezzamento; a camminare dopo un lungo periodo in cui è stato per lo più sdraiato; a parlare dopo la mucosite (severa infezione del cavo orale che accompagna la risalita dei valori ematici dopo il trapianto); a sentire i bisogni fisiologici e relazionali. Il trapianto viene quindi generalmente vissuto, a livello inconscio, come un’esperienza di morte/rinascita.

Durante il periodo post-trapianto il sig. A frequentava quotidianamente il policlinico per i controlli medici ma preferì continuare la psicoterapia esclusivamente su Skype perché questo strumento gli permetteva di fare il colloquio senza soggiornare ulteriormente in ospedale. L’ospedale era vissuto (ed era obiettivamente) come un luogo pericoloso (rischio di infezioni e contagio) mentre la sua casa era per lui un luogo più familiare, protetto, sotto il suo controllo: la psicoterapia preferiva chiaramente farla lì. Infatti, durante le sedute online, il sig. A soggiorna in una stanza di casa sua e rende visibile sullo sfondo, alla sua destra, una finestra, e alle sue spalle alcuni “oggetti inanimati del setting” (Akhtar, 2003) di cui eviteremo la descrizione per proteggere l’identità del nostro paziente. Ne segnaliamo però l’esistenza perché sono cose come queste che amplificano il campo osservativo della psicoterapia online aggiungendo elementi che sono altrimenti assenti (e rischiano di restare inesplorati) in trattamenti psicoterapeutici tradizionali, così come avviene per la psicoterapia multimediale che, grazie all’inclusione di fotografie e brani musicali portati in seduta dal paziente (in questo caso *vis-à-vis*), consente risultati clinici di grande interesse (Nesci, 2009; 2012; Nesci e Coll., 2018).

Le sedute su Skype

Le sedute su Skype forniscono uno schermo dove osservare le immagini e il processo di comunicazione attraverso un filtro, analogamente alla vetrata della stanza sterile. A differenza di questa consentono al paziente di regolarne in parte la sensorialità, ad esempio attraverso le “impostazioni audio video” delle funzioni chiamata su Skype. Infine gli permettono di sentirsi libero nella scelta del luogo da cui collegarsi e di sentirsi protetto quando entra in contatto virtuale con un’altra persona, perché non infrange la regola dell’isolamento, da osservare finché non sarà coperto dai vaccini che riducono il rischio di malattie.

Durante le sedute su Skype con il sig. A capita spesso alla psicoterapeuta di sperimentare un senso di isolamento sensoriale: un vissuto che abbiamo poi interpretato, in supervisione, come una possibilità di avvicinarsi ai vissuti del paziente in camera sterile.

In particolare, in una seduta la qualità dell'audio era pessima ed il sig. A metteva la mano davanti alla bocca mentre parlava. La terapeuta non solo non lo sentiva ma non poteva neppure compensare con la lettura del "labiale": era nella condizione di non poter capire quello che il paziente le diceva, di non riuscire a sintonizzarsi con i suoi bisogni. Analizzando il suo controtransfert, la terapeuta pensò che forse, in questo modo, il paziente poteva farle sentire la frustrazione che provava quando non era ascoltato o compreso rispetto a quello che stava vivendo. Sicuramente la terapeuta si sentiva incapace a creare un ambiente "sufficientemente buono" in cui il sig. A potesse anche "giocare" attraverso lo schermo ed esprimere i propri bisogni relazionali (Winnicott, 1974).

Durante un'altra seduta il paziente disse di non poter attivare la *webcam* perché non aveva il *mouse* vicino a sé. Tuttavia, la psicoterapeuta sentiva che stava usando il *mouse* e glielo disse ma lui negò, ridendo. La seduta continuò con lui che la poteva guardare, perché la terapeuta aveva mantenuto il video attivo, mentre lei non poteva vederlo perché lui lo aveva disattivato. La terapeuta pensò allora che fosse necessario per il paziente difendersi dal suo sguardo e che fosse più tollerabile per lui affrontare la conversazione se anche lei si sentiva in qualche modo "menomata"; oppure, il sig. A stava giocando a nascondino...

In una supervisione fu possibile far emergere il fatto che la "bugia" evidente aveva creato, paradossalmente, un clima di complice intimità!

Recentemente, c'è stata una nuova seduta senza video in cui il sig. A chiedeva alla psicoterapeuta come risolvere il suo problema con il pc: la *webcam* – a suo dire - era in uso da un'altra applicazione e lui non sapeva quale fosse questa applicazione, come se alludesse, in modo paranoide, al fatto che qualcuno lo stesse spiando. Significativamente, in questa seduta il sig. A ha raccontato alcune cose molto personali ed "antiche" della sua vita. Lui stesso ha riconosciuto che, non potendolo vedere, la terapeuta gli ha fatto più domande del solito, è diventata più curiosa. Forse il paziente l'ha sentita più viva e più in sintonia con il suo desiderio di distanziarsi dalla malattia (dal sentirsi "menomato") e di ritrovare sé stesso, le sue radici, il suo Sé più autentico. Sta di fatto che il sig. A ha utilizzato il periodo di convalescenza (ed il supporto della psicoterapia online) per cercare, con successo, un lavoro in un'azienda dove potessero fargli un contratto e garantirgli una vita più sicura, come dipendente.

Conclusioni

Attualmente il sig. A lavora presso un'azienda importante ed è soddisfatto di questo suo successo professionale. Il suo percorso psicoterapeutico sembrerebbe caratterizzato dall'emergenza di una dimensione paranoide attivata da una serie di eventi avversi (il dolore del lutto, lo stress del lavoro dipendente, lo stress dell'avviare un'attività autonoma, la frustrazione della psicoterapia classica interrotta ed infine l'esordio della malattia oncologica) che si è gradualmente riparata con lo sviluppo di una maggiore capacità di stabilire una sana dipendenza da oggetti "sufficientemente buoni" (l'accettazione delle cure oncologiche, del midollo osseo offerto da un familiare per il trapianto, del supporto psico-oncologico da parte del nostro *team* istituzionale) consentendogli di passare dalla necessità di controllo totale dell'oggetto (vissuto come persecutorio) alla rinuncia a questo controllo

totale (fidandosi di un setting parzialmente online in cui si sentiva in grado di “giocare a nascondino” con la terapeuta) e quindi aprendo la strada ad un processo di elaborazione della perdita e dell’angoscia di morte, di speranza in una nuova possibilità di vita.

Michael Garrett, nel già citato workshop di supervisioni tenute con Nancy McWilliams, ha presentato un’altra vignetta clinica sull’esordio psicotico di un paziente (che egualmente aveva vissuto un lutto) in cui il soggetto proiettava sullo sguardo dei cani la sua distruttività interna, il suo senso di fallimento, e sviluppava una paranoia. L’angoscia del paziente di Garrett era tale da non consentirgli di uscire di casa nel timore di incontrare lo sguardo dei cani che lo avrebbero preso in giro per il suo corpo troppo fragile.

Possiamo allora ipotizzare che il sig. A abbia collocato nello sguardo della psicoterapeuta, proiettivamente (oltre che realmente) modificato attraverso il vetro della camera sterile, così come attraverso lo schermo della psicoterapia online, il suo senso di fallimento (per la malattia oncologica) consentendosi di vivere una reazione paranoide. Nello stesso tempo possiamo però anche ipotizzare che la qualità della relazione psicoterapeutica “sufficientemente buona” (anche grazie al fatto di essere arricchita dal sentirsi al centro delle attenzioni di un Servizio istituzionale che comprende non solo lo psichiatra dell’équipe psico-oncologica ma anche altri membri del *team* che il paziente sa che potrebbero condividere il suo caso in incontri di supervisione permanente) abbia potuto aiutare il paziente ad accedere ad una dimensione creativa.

Il gioco a nascondino che il sig. A sembra inscenare durante le sedute attualizza nel transfert quanto descritto da Freud (1920) quando osserva che oltre al principio di piacere, sembra agire nella vita psichica una tendenza alla ripetizione indipendente da esso. Freud esamina questa tendenza in un caso particolare di attività ludica infantile, nelle nevrosi di guerra, nei cosiddetti sogni traumatici e nello stesso comportamento dei pazienti in analisi, che nella traslazione con l’analista ripetono le situazioni traumatiche della loro infanzia. Questa “coazione a ripetere” agisce “al di là del principio di piacere” e da questo deriverebbe un alternarsi di impulsi verso la conservazione della vita e di impulsi verso la morte.

Questa riflessione di Freud a noi sembra estremamente in sintonia con quello che i pazienti vivono nell’affrontare un trapianto di midollo, dove si trovano a confrontarsi con il compito estremamente complesso di mantenere e conservare il proprio background biologico e psicologico identitario, integrando al tempo stesso un nuovo messaggio genetico imposto dal nuovo midollo trapiantato.

Come in un gioco, il sig. A tenta di ripetere la spaventosa esperienza in cui si è trovato quando è stato ricoverato nella camera sterile dove la sua stessa vita sarebbe dipesa dalle cure dei medici e dalle cellule del donatore. Un dramma umanamente insopportabile se non spostandolo in un altro scenario: quello psicologico. In questo scenario si poteva cercare di diventare padrone della situazione rendendosi visibile o no durante le sessioni su Skype, giocando a nascondino con la psicoterapeuta. Detto con Freud, “*passando dalla passività dell’esperire all’attività del giocare, egli fa subire l’esperienza sgradevole che gli era capitata a un compagno di giuochi*” (Freud, 1920, p. 202) che nel nostro caso è la psicoterapeuta del *team* istituzionale. E questo fa la differenza, perché si può sperare che la sua capacità di contenimento dell’angoscia del paziente sia amplificata da quella del *team* con cui può condividere questa esperienza in molteplici setting individuali e di gruppo. Perché in Psico-Oncologia (ma anche nella psicoterapia istituzionale) non si può essere mai soli...

Bibliografia

Akhtar, Salman. (2003). Things: Developmental, Psychopathological, and Technical Aspects of Inanimate Objects. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 11, no. 1: 1-44.

Freud S., [1920] Aldilà del principio di piacere in “Opere” vol. 9, Boringhieri, Torino 1977, p. 202.

Garrett, M. (2017) “Paranoia in Psychosis”. Lecture at the Policlinico “A. Gemelli”, Rome, Italy, 17 Giugno 2017.

McWilliams, N. (2017) “Paranoid Psychologies and Personalities”. Lecture at the Policlinico “A. Gemelli”, Rome, Italy, 17 Giugno 2017.

McWilliams N, Garrett M. (2017) Paranoia, Personality Pathology, and Psychosis - Supervisions with Nancy McWilliams and Michael Garrett. Workshop at the Policlinico “A. Gemelli”, Rome, Italy, 17-18 Giugno 2017.

Nesci, D.A. (2009) “Multimedia Psychodynamic Psychotherapy: A Preliminary Report” *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 3: 211-215.

Nesci, D.A. (2012) *Multimedia Psychotherapy: A Psychodynamic Approach for Mourning in the Technological Age*. Jason Aronson, Lanham, USA.

Nesci, D.A., Elisabetta Corona, Vezio Savoia, Mariacarmela Zampogna, Filippo A. Nesci, Giorgio Porcaro, Giorgia Mari, Maria Rosaria Nappa, Antonio Palummieri, Simonetta Averna, Laura B. Dunn, Giovanni Almadori, Gaetano Paludetti (2018) Multimedia Psychotherapy: Brief Report of a Pilot Study. *32nd Nordic Congress of Psychiatry*, Reykjavik, Iceland, June 13th-16th 2018

Nesci, D.A. in collaborazione con: Averna, S., Banchi, P., Benedetto, E., Ciuffi, S., Colasanti, V., Corona, E., Duma, I.D., Fioretti, A., Gamba, E., Di Iorio, M., Maggipinto, D., Medici, M., Mincuzzi, E.E., Pellegrini, I., Petrachi, A., Polisenò, T.A., Radi, G., Ritrosi, G., Tamilia, A., Savoia, V., Scopone, V., Serafino, D., Sonsini, E., Strangio, A., Veccia, F. “La Psicoterapia Online nel Setting Istituzionale.” *Doppio Sogno*, Giugno 2018.

Russell, G.I. (2015) *Screen Relations. The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. Karnak Books, London.

Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, (2015 formato digitale).