



L'angoscia del sopravvissuto: appunti di una psicoterapia individuale con una paziente oncologica off therapy.

Marcella Fazzi e Domenico Arturo Nesci

Un rapporto de *The Institute of Medicine* della *National Academy of Sciences* degli USA (2005) segnalava che la metà degli uomini ed un terzo delle donne devono ragionevolmente aspettarsi di ammalarsi di cancro durante la loro vita e che molti di essi, sicuramente, sopravviveranno alla malattia ed alle cure. La drammaticità del Rapporto non sta solo in queste cifre ma anche nell'osservazione che al momento attuale c'è un vuoto nel campo dell'assistenza a questi sopravvissuti, come dice lo stesso titolo del testo: "Da paziente oncologico a sopravvissuto oncologico: perso nel percorso." Non diverse sono le conclusioni di un altro importante Report Americano, quello del *National Cancer Institute* (2007) che riconosce che mancano dati che documentino la qualità della vita dei sopravvissuti di cancro, con particolare riguardo all'impatto della malattia e delle cure sulle relazioni familiari, sulla loro capacità di cavarsela nella vita quotidiana, di lavorare, di avere una copertura assicurativa per la salute.

Se consideriamo che, in base allo stesso Rapporto, il 66% degli adulti affetti da cancro nel 1999 sopravvive ancora oltre i cinque anni, il fenomeno dei pazienti *off therapy* meriterebbe di essere studiato di più, anche in virtù del fatto che la loro percentuale è in costante aumento, grazie alla maggiore attenzione alla prevenzione e quindi all'incremento delle diagnosi precoci, oltre che alla ricerca di terapie sempre più efficaci.

Sempre negli USA, agli psicologi di scuola cognitivo-comportamentale va riconosciuto il merito di essersi avvicinati a questa fascia di pazienti molto più di quanto non l'abbiano fatto i colleghi di orientamento psicodinamico e psicoanalitico. La letteratura relativa a questo fenomeno, oltre ad essere molto limitata e riguardare per lo più pazienti pediatrici o, al limite, adolescenti, è quasi esclusivamente orientata alla valutazione dell'efficacia della psicoterapia nei termini di:

— maggiore *compliance* del paziente al *follow-up* e alla prevenzione dell'insorgenza di nuove patologie;

— abbassamento del livello di *stress*;

— aumento della sopravvivenza a lungo termine.

Come sottolinea Straker (1998) gli psicoterapeuti ad orientamento psicodinamico e psicoanalitico che hanno in cura pazienti affetti da cancro si misurano con un compito difficile perché devono tenere in seria considerazione, oltre allo stadio della malattia, alle condizioni di salute ed alla qualità della vita del paziente, anche le proprie modalità difensive e le proprie reazioni controtransferali. L'esperienza clinica insegna quanto questi due ultimi aspetti siano fondamentali anche nella psicoterapia dei pazienti sopravvissuti al cancro, perché spesso, oltre che la loro mente, anche il loro corpo è rimasto segnato dalla malattia e dalle terapie, soprattutto quando si sono rese necessarie delle metamorfosi corporee che possono essere talmente inquietanti da paralizzare il pensiero dei curanti (Nesci, Poliseo, 1997).

Un aspetto particolarmente interessante riguarda il significato psicologico della sopravvivenza dal cancro, che, come si può osservare nella clinica, non è vissuta univocamente come uno scampato pericolo, o una fortuna nella sfortuna, ma viene ad assumere connotati ambivalenti che oscillano dal senso di onnipotenza all'angoscia persecutoria.

In un precedente lavoro della nostra Scuola queste problematiche erano già state affrontate (Nesci e coll., 1986) a partire dall'analisi di un frammento di un gruppo con stomaterapisti (operatori sanitari che si occupano della riabilitazione dei pazienti uro ileo e colostomizzati, molto spesso per malattie



oncologiche) in cui il lavoro del gruppo (di tipo Balint) si era aperto con le parole di un'enterostomista stomizzata soprannominata Bianca: "Ho il privilegio di essere una colostomizzata da dieci anni, ed io ho vissuto questo privilegio, prima nel male poi, diciamo, nel bene, nel senso che l'ho vissuto completamente e mi sono dedicata proprio a questo lavoro. Ho istituito un Centro, ho un ambulatorio presso la USL... ho solo problemi di tempo perché non ho mai un minuto per me."

In quel lavoro uno di noi si era già soffermato sulla "maschera del sopravvissuto" ed in particolare sull'osservazione di Canetti che "interpreta il vissuto di Tucidide (sopravvissuto ad un'epidemia di peste, dopo esserne guarito) come un sentimento di invulnerabilità. Tucidide stesso narra che i sopravvissuti si sentivano dei privilegiati."

Citeremo un lungo brano da quel lavoro degli anni Ottanta, che è per molti versi il precursore degli studi etnopsicoanalitici successivi della nostra Scuola di Psico-Oncologia:

"Non è senza ragione se la letteratura scientifica riconosce il ruolo e l'importanza dei sopravvissuti là dove si compiono interventi mutilanti (mastectomie ed enterostomie *in primis*). I loro corpi viventi narrano la storia che i pazienti vogliono ascoltare: quella della sopravvivenza con l'*handicap* iatrogeno ("Allo scadere dei cinque anni mi è stata fatta l'offerta di presentarmi come volontaria, farmi vedere agli stomizzati perché prendessero coraggio... "). E' la sopravvivenza che muta l'accento sulla *parola primordiale* (Freud, 1910) scritta dal chirurgo sul corpo: non più 'stigma' come 'identità negata' (Goffman, 1963) ma 'segno di una avvenuta iniziazione' (Propp, 1946). E' a partire da questo segno che tutta la vicenda clinica può essere percorsa a ritroso come un'esperienza di morte/rinascita e la stomia può essere recuperata come testimonianza di una lotta vittoriosa contro la morte. Ed è a partire da qui che farsi vedere diviene possibile perché è di nuovo accettabile avere un corpo, un corpo pieno di vita, in cui la stomia non ha più motivo di essere disconosciuta. Ed è grazie a questo riconoscimento del proprio corpo stomizzato che la figura della volontaria diviene fruibile come oggetto di identificazione per le persone che hanno appena subito lo stesso intervento chirurgico ma non sono ancora riuscite ad accettare la stomia ("gli stomizzati mi mandavano a chiamare perché mi volevano vedere... *mi volevano poi aver dentro in casa...* "). "Nella crisi psicotica – scrive Resnik – l'individuo rischia di perdere la propria immagine e cerca continuamente di recuperarla, ma non può fare ciò da solo... Nell'analisi il mediatore, lo specchio, è personificato dall'analista. Il paziente si vede in lui e attraverso lui". Nella vicenda clinica dell'enterostomia sono i curanti tutti (dal chirurgo all'enterostomista) ad assolvere per il paziente la funzione di 'specchi dove egli cerca di ritrovarsi (Merleau-Ponty, 1964)" (Nesci e coll., 1986, pp. 330-331).¹

Relativamente al fatto che chi ha resistito alla morte può sentirsi detentore di un potere speciale, vari lavori della nostra Scuola hanno continuato ad interrogarsi (Nesci, 1991; Nesci e coll., 2006), anche riprendendo gli studi di Canetti sulla paranoia come "malattia del potere" ed in particolare la sua intuizione del fatto che il leader, quanto più è malato di questa malattia, ha fatto della sopravvivenza il valore fondamentale da cui trae la sua forza ("la forza del sopravvissuto") ogni volta che la morte compare, lo sfiora, lo grazia, colpisce qualcuno a lui vicino. Canetti, a proposito del legame fra sopravvivenza alla malattia e angoscia persecutoria, scrive: "il miglior modo per difendersi consiste nel non avvicinare alcuno: chiunque potrebbe già portare in sé il contagio. Alcuni fuggono dalla città e si disperdono nei loro possedimenti. Altri si chiudono in casa e non lasciano entrare nessuno. Ciascuno schiva gli altri. Tenere gli altri a distanza è l'ultima speranza. La

¹ In margine al nostro discorso facciamo notare che in questo lavoro veniva anticipato il fatto che funzioni psicoterapeutiche non appartengono solo agli operatori "psi" ma sono comunque inconsciamente estese, in un setting istituzionale, a tutti i membri di ogni équipe curante.



prospettiva di vivere, la vita stessa, si esprimono per così dire nella distanza dagli ammalati. [...] È degno di nota come la speranza di sopravvivere isoli ciascun uomo: dinanzi a lui sta la massa di tutte le vittime” (Canetti, 1960).²

In quest’ottica desideriamo condividere un caso clinico perturbante, quello di una paziente oncologica *off therapy* che documenta l’eventualità, non sappiamo quanto frequente, che le cose non vadano bene per il solo fatto che si è sopravvissuti al cancro...

LA STORIA DI LUCIA

Lucia è una donna di circa 50 anni che è stata malata di leucemia. Circa 10 anni fa ha subito un trapianto di midollo osseo. Ha seri problemi visivi determinati da una fotofobia e da alcune cheratosi che la costringono a stare al buio e ad indossare continuamente occhiali da sole, che possiede in diverse gradazioni. Chiede ad una di noi (dr.ssa Fazzi) di essere aiutata perché si sente molto angosciata a causa della malattia che, dice: “dopo tanti anni non sono ancora riuscita ad accettare”.

Il lavoro con Lucia è stato l’occasione, per la terapeuta, di iniziare una supervisione con uno di noi (il dr. Nesci). La terapia continua da oltre un anno e mezzo ma prenderemo in esame solamente le prime sette sedute. Questo non solo perché la paziente è ancora in trattamento ma soprattutto perché le fasi iniziali della terapia ci sembrano maggiormente esplicative delle emozioni che entrano nel campo terapeutico proprio con i malati oncologici. Le emozioni sono talmente forti che diventa necessario fare della costruzione del setting un obiettivo terapeutico ed è impossibile concepirlo come uno strumento rigido, un’applicazione di regole, una condizione predefinita del contratto terapeutico. Riportiamo ora una serie di annotazioni prese dagli appunti della terapeuta.

APPUNTI

Incontro per la prima volta la signora Lucia nel mese d’aprile del 2006. Aveva già fatto alcuni colloqui di valutazione con una collega che aveva poi deciso di inviarla a me. La collega mi aveva parlato di una situazione caratterizzata da un’importante sofferenza ed un diffuso senso “di essere scaricata”. Concordiamo quindi un “invio protetto”: sarà la collega a fissare con la paziente la data e l’ora del primo appuntamento con me e sarà lei a presentarci personalmente. Inizialmente gli appuntamenti con la paziente sono fissati di sabato mattina, in quanto ha necessità di essere accompagnata. Lucia arriva all’appuntamento da sola. Nell’accoglierla nel mio studio cerco di creare un buio sufficiente a non causarle disturbo, ma Lucia tiene il volto coperto con una mano e afferma: “non la guarderò in faccia”. In realtà già alla terza seduta volgerà il suo sguardo verso di me. E’ una donna molto magra, con atteggiamento ricurvo; indossa un abbigliamento sportivo che lei ritiene inadeguato ed eccessivamente giovanile accostato “al capello così corto, da maschiaccio”. I primi colloqui sono carichi di disperazione (“sono messa male”) di svalutazione (“è stato un errore”; “sono io che sbaglio”) e di rabbia: verso la malattia (che non chiama mai leucemia), verso il personale sanitario, verso i familiari, verso il trapianto (“che avevo aspettato con molta fiducia ma oggi al trapianto non ci credo più”). Nonostante siano passati 10 anni dal trapianto, Lucia disconosce il successo dell’intervento e delle terapie, tanto che ogni volta che la chiamano dal Centro in cui è seguita per la leucemia “se mi dicono che gli esami sono andati bene sono convinta

² Sul temuto contagio del malato oncologico si sono già soffermati alcuni lavori della nostra Scuola (Nesci e Polisenò, 1997; Nesci Polisenò e coll., 2002).



che si sbagliano, non sono i miei”. Lucia parla di sé come di un’ammalata che non guarirà mai, la cui vita è scandita unicamente dai controlli medici con l’obiettivo di scovare in tempo ogni minima variazione del suo funzionamento corporeo. La paziente è esausta: “Questa non è vita. Io sopravvivo, non vivo. Che senso ha questa vita? Come la canzone di Vasco: questa vita un senso non ce l’ha.”

All’inizio del percorso terapeutico Lucia porta in seduta quasi esclusivamente il suo corpo: gli occhi doloranti, la sua pelle trasparente, il reticolato dei capillari, il piede destro affetto da neuropatia. Io provo una gran pena per lei e più di una volta ho sentito che avrei potuto piangere. Il pianto mi ha tenuta molto impegnata nei primi mesi della terapia.

Il pianto di Lucia è un pianto speciale (un pianto senza lacrime a causa di un’atrofizzazione delle ghiandole lacrimali) ed è stato proprio su questo elemento che ho chiesto aiuto durante un corso di perfezionamento in Psico-Oncologia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore (che di fatto funziona come un gruppo di tipo Balint). Per me è stato difficile trovarmi di fronte ad una persona senza lacrime e che, potevo dire, nelle prime sedute, aveva pianto tutto il tempo. Nonostante questo, se io da un lato trovavo difficile capire se la signora piangesse, dall’altro non potevo affatto escludere che lei stesse piangendo. La confusione e lo stordimento che ho provato davanti al suo pianto mi metteva nell’impossibilità di pensare, di capire, fintanto che non mi è stato più chiaro “che il malato oncologico è un mutante. In lui avvengono delle metamorfosi, come ad esempio piangere senza lacrime, che possono essere molto inquietanti per l’operatore sanitario” (*Nesci D. A. e Poliseno T.A., comunicazione in gruppo di formazione, Roma, 2006*) e può apparire come “un flagello spaventoso, sconosciuto, persino peggiore della malattia con cui avevano imparato a convivere” (*Matheson, 1954*). Nella stessa occasione, la Dott.ssa Squillacioti portando una sua associazione ipotizza che io possa piangere le lacrime della paziente (*Squillacioti M. R., comunicazione in gruppo di formazione, Roma, 2006*). Oggi, ripensando alle mie emozioni nel contatto con Lucia, mi chiedo se ciò non sia effettivamente successo.

La vita di Lucia è costretta a molte limitazioni sia a causa dei trattamenti sanitari (oltre ai disturbi visivi soffre di un’importante osteoporosi, di problemi articolari e di una neuropatia), sia a causa di un disturbo ossessivo-paranoide che le fa vivere il mondo esterno come carico di batteri, virus, negatività. La paziente convive con il terrore che gli altri siano veicolo di malattie, specie i bambini, oppure che suoni il telefono, che porta solo notizie infauste; la sua testa è perennemente impegnata a “farsi i suoi conti dei linfociti” perché “io ho tutte le mie teorie... in base ai risultati degli esami mi faccio tutti dei conti per prevedere l’esito del puntato”.

Lucia trascorre le sue giornate fra le mura domestiche, al buio, non frequenta luoghi pubblici perché teme il contagio, ascolta la televisione che però non riesce a seguire, non accende la radio e ha rinunciato ad alcuni lavori manuali che le piacevano tanto perché le scatenano una profonda angoscia persecutoria “li ho collegati all’arrivo di cattive notizie... mi è venuta paura”. La paziente, in particolare, da alcuni anni non “impasta” più in quanto è convinta che ogni volta che lei fa qualcosa di bello (pasta di sale) o di buono (pasta da mangiare), poi il suo stato di salute si aggrava. A me sembra che rinunciare ad impastare sia un po’ come rinunciare ad attivare le proprie capacità creative. La Bibbia narra che Dio creò l’uomo impastando terra e acqua. Questa forma di scaramanzia di Lucia la porta ad allontanare da sé il potere di creare. Se, come dice la Klein “la creatività diventa il più forte motivo di invidia” (*Klein, 1957*), ci troviamo di fronte ad una paziente che con un movimento proiettivo mette la sua invidia sull’oggetto esterno che poi viene vissuto come insensibile, ingiusto, arido e avido. Dei figli, del marito, dei medici, del destino dice: “loro stanno bene e non si rendono conto”; “potessi io guidare!”; “loro non si preoccupano, tutti a me i pensieri!”; “mi trattano come un pacco”; “perché sempre a me?”.



La malattia degli occhi le impedisce di leggere. Lucia mi racconta che questo le piaceva molto e poiché io ritengo che davvero per lei sia necessario uscire dal buio dell'immobilità quotidiana decido di dare alla signora il numero di telefono di una persona che si occupa della distribuzione gratuita de "Il libro parlato", un servizio di distribuzione di opere letterarie in audiocassetta riservato a portatori di gravi disturbi visivi. La paziente prenderà immediatamente contatti con la casa di distribuzione, ma per molto tempo non si farà inviare nulla a casa.

Nel primo incontro di supervisione, il dottor Nesci mi ha suggerito l'indicazione, per questa paziente, ad assumere un farmaco e mi suggerisce di sollecitarla a rivolgersi al suo medico di base o d'essere io, previo accordo con la paziente, a contattare il medico stesso ed a proporre la levosulpiride. Questa comunicazione suscita in me molte perplessità. Ero già preoccupata del fatto che dare alla signora un contatto telefonico con il libro parlato potesse essere un atto non terapeutico e questa indicazione del supervisore di introdurre un farmaco e/o di contattare il suo medico di famiglia mi ha fatto temere che potesse essere compromesso l'istaurarsi dell'alleanza terapeutica. La supervisione mi ha invece rassicurata, permettendomi di pensare alle figure che si affacciano sulla scena clinica, oltre a me ed alla paziente, come alla formazione di "una placenta, che consente la crescita del bambino e li protegge dal rigetto reciproco. Se il rituale psicoanalitico può essere concepito come un rito di passaggio, e dunque come una vicenda di morte/rinascita (Nesci, 1990), è importante che in essa non vengano fatte fuori delle persone ma degli oggetti inanimati - in questo caso il feticcio della nostra concezione del setting psicoanalitico ortodosso" (Nesci, 2006, *comunicazione personale*). Vale a dire che tutto ciò che entra nel campo terapeutico oltre a me e alla paziente, il libro parlato e il responsabile della distribuzione del libro stesso, il supervisore che consiglia il farmaco, il farmaco e il medico di base o lo psichiatra che lo prescriveranno, andranno a costituire un setting-placenta che non si sostituirà allo scambio madre-bambino/terapeuta-paziente, ma ne sarà il garante etnopsicoanalitico (culturale/gruppale) della relazione, favorendone l'impianto e la sopravvivenza per tutto il tempo necessario fino al conseguimento di una sufficiente autonomia della paziente dalla terapia e quindi alla possibilità di uno scioglimento naturale del legame e della dipendenza.

Nel corso della terapia avrò molte volte modo di constatare che aver pensato per Lucia ad un setting su misura per lei, a cominciare dal buio in cui avvengono i nostri incontri, ha consentito alla paziente di pensare davvero a quello spazio come ad uno spazio nostro. Gli aiuti esterni si sono dimostrati ottimi alleati della terapia, tant'è vero che i primi libri parlati arriveranno in occasione della nostra prima lunga sospensione e, contemporaneamente, Lucia comincerà ad assumere un farmaco, la levosulpiride, di fatto proprio quello consigliato dal supervisore grazie alla sua esperienza con malati oncoematologici (Nesci e coll., 1997, 1998), portandoseli in vacanza allo stesso modo in cui avrebbe portato in vacanza con sé la terapeuta (inconsciamente con supervisore annesso) se avesse potuto mettersela in valigia.

Inizialmente il suggerimento di contattare un medico per farsi prescrivere un farmaco è stato accolto da Lucia con sconcerto, forse paura.

Nell'incontro successivo a questa indicazione, Lucia porta in seduta due sogni:

1. "Ho sognato mio figlio che si bucava. Ho urlato. Ho chiesto a mio marito se stanotte ho urlato. Mi ha detto di no, ma io ricordo che nel sogno ho urlato. Possibile che ancora ho queste paure? Dopo tutti questi anni, [mio figlio] ha 33 anni, ho ancora queste paure?"

Questo sogno ci fa pensare non solo al timore della dipendenza da farmaci ma anche alla possibilità che Lucia possa vivere "il rapporto terapeutico come una droga-farmaco che può renderla dipendente" (Nesci D.A., 2006, *comunicazione personale*).



2. “Stavo con un’amica. Sapevo che era morta”. Nel sogno l’amica era andata a trovarla. Passano attraverso una stanza, poi “prendiamo un corridoio buio, in salita, con in cima una finestra che dà sul cielo”. Lucia dice che nel sogno era molto spaventata “ma non perché era morta. Le dicevo: ché mi sei venuta a prendere?” Poi ad un certo punto l’amica sparisce nel buio e le lascia attaccato il suo braccio: “la mano me la ricordo bene ma c’era anche il braccio. Ho pensato che forse le devo dare una mano nel suo percorso verso il cielo; le ho fatto dire una messa. Dicono che i morti hanno bisogno di preghiere per raggiungere il paradiso... e lei era molto religiosa.”

Io dico “dicono”, come a dire che fermarsi agli aspetti religiosi è solo uno dei modi possibili di trattare questo materiale. Lucia: “oppure lei mi darà una mano nella strada ancora in salita che devo fare...”

L’uso del “lei di cortesia italico” (*Politi P., 2007*) permette a Lucia di parlarmi già dalle prime sedute delle sue fantasie e delle sue aspettative sul rapporto terapeutico attraverso i personaggi, i sogni, le narrazioni che emergono in seduta.

Al termine della stessa seduta, uscendo, questa volta è lei a darmi la mano: allunga la mano verso di me e salutandola io stringo la sua. E’ la prima volta che la paziente allunga la mano verso di me, anzi ogni volta che l’avevo fatto io c’era stato un momento d’imbarazzo, le sue mani erano occupate, la vicinanza fra noi era eccessiva e stringerci la mano ci obbligava a prendere “una certa distanza”.

Associando questa osservazione alla lunga narrazione in seduta che riguarda un marchio di prodotti surgelati, diventa via via sempre più chiaro che la paziente teme il calore e che l’unica possibilità che Lucia ha di avvicinarsi alla terapia è “quella di ridurre la terapeuta non solo ad un oggetto parziale (il braccio e la mano) ma ad un oggetto morto, che non scateni invidia: perché se tu sei troppo calda (viva) lei teme la *graft*, il tuo rigetto (come nella vicenda del trapianto, dove le cellule trapiantate possono rigettare il corpo dell’ospite, e cioè di chi accoglie il trapianto, ed attaccarlo, così come l’ospite può rigettare e attaccare il trapianto stesso); se tu sei generosa o buona con lei, lei non lo vede (per evitare di rigettarti) piuttosto si acceca (in realtà per proteggerti dal suo sguardo invidioso di malata che non sopporta una sana)...” (*Nesci, 2006, comunicazione personale*).

L’impatto controtransferale è stato molto forte per me: l’incontro con la paziente mi ha lasciata spenta, stanca, depressa, come se Lucia, attraverso il sogno e il suo stringermi la mano avesse tentato di mortificarmi, “trasferendo materialmente, con il suo gesto,” a me l’angoscia di morte del suo sogno (*Nesci, 2006, comunicazione personale*). Fornari, nella sua interpretazione del mito di Alceste, che si assume il compito di far vivere il marito prendendone la morte su di sé, afferma che i malati di cancro “inducono gli altri a mettere la propria morte dentro di loro” ma afferma anche che il mito rende lecito ipotizzare che “gli uomini possono mettersi l’un l’altro la morte dentro” (*Fornari, 1980*). Il potere di distribuire la morte è nelle mani della paziente. A me viene da pensare che è lei l’esperta, è lei che se l’è saputa cavare e a me non resta che offrirle uno spazio-terapeutico/spazio-transizionale (*Winnicott, 1953*), dove possa far transitare, anche attraverso la mente e il corpo della terapeuta, contenuti mortiferi. Lucia, attraverso il sogno, che rimarrà inelaborato e agito al termine della seduta, nella stretta di mano, mette la morte in me, come se “la relazione fra noi due fosse possibile solo se uno solo è vivo (la paziente) mentre l’altro (il terapeuta) fa da filtro placentare ed accoglie ed espelle, a sua volta, il male interno non elaborabile, in un corpo sociale più ampio, che si farà carico altrove dell’elaborazione successiva (supervisione, corso di Psico-Oncologia, gruppo di colleghi, scuola, corpo teorico rinnovabile continuamente)” (*Nesci, 2006, comunicazione personale*).



La fotofobia, il rapporto algido con i figli ed il marito (di cui non conoscerò i nomi per molto tempo) appaiono come un meccanismo di attacco invidioso alle parti vitali del sé, già prefigurato fin dall'inizio nel transfert: non vede i figli, fa fuori le "pupille" degli occhi, ha il rigetto verso "la luce dei miei occhi". Così Lucia butta via le persone, non trattiene e non sostiene la relazione: passa senza alcuna resistenza da una psicologa ad un'altra, non mostra cenni d'affetto e di riconoscenza verso la sorella donatrice, prende le distanze da persone, a cui è affettivamente legata, con apparente facilità.

La supervisione chiarisce che "siamo all'inizio del rapporto terapeutico e ci troviamo in uno scenario prenatale. Lucia è nella situazione di paziente oncologica che ha vissuto un trapianto di midollo come quella di una donna che teme di aver già accolto in sé un bambino paricida, il cancro (Fornari, 1980) e che quindi, psicologicamente, non può tollerare questo nuovo concepimento, che è un impianto di cellule, come il trapianto che consiste nell'impianto di cellule staminali che nella *graft versus host disease* possono attaccare il corpo di chi le accoglie e quindi diventare pericolose come cellule maligne" (Nesci, 2006, *comunicazione personale*). Lucia vive ora ogni relazione con la stessa angoscia: ha paura che qualcosa di caldo e vivo possa entrare in lei, e che da dentro possa attaccarla e distruggerla crescendo in lei. Ecco come vive Lucia, sopravvissuta da 10 anni al cancro: cerca spazi in cui lasciar defluire la morte che si sente addosso; cerca, scruta, monitorizza il suo corpo con esami e visite mediche alla ricerca affannata del nemico cancro dentro di lei; controlla in modo scaramantico il mondo esterno su cui ha proiettato massicciamente il persecutore interno; non può vivere allo scoperto perché deve guardarsi continuamente dal nemico.

La paziente solo dopo un anno di terapia mi fa sapere che al centro ospedaliero per la cura della leucemia lei è considerata guarita e me lo dice con la paura terribile che ammetterlo possa farla ammalare. Non lo dirà mai più. Io penso che quello che circola tra noi è una comunicazione sottile, clandestina - un concetto su cui la nostra Scuola ha lavorato molto riprendendo un'idea di Eugenio Gaddini, raccolta da uno di noi ad un seminario clinico degli anni Ottanta (Nesci e coll., 1993), perché, per dirla con le parole del supervisore, "che lei non è più ammalata non si deve sapere, non lo dobbiamo sapere."

Lucia può continuare a vivere solo se il nemico la vede già morta. Quando è venuta in terapia il nemico era tutto ed era ovunque (nella radio, nei familiari, nella creatività, nei pensieri). Il fenomeno del mostrarsi morti, la tanatosi, che è abbastanza frequente e conosciuto in natura, altro non è che un meccanismo di difesa estremo, l'unico ancora possibile quando il nemico è invincibile perché, si sa, anche il più feroce dei predatori non attacca prede già morte...

CONCLUSIONI

Nella bagattella "Pulcinella, Teresina e la Morte" che è stata messa in scena in uno dei corsi di Psico-Oncologia della Cattolica, grazie alla bravura di tre allieve clownterapiste (Baldazzi, Suppi, Cicchetti, 2006), Pulcinella si finge morto appena entra in scena la Morte. La tanatosi sembrerebbe appartenere alle strategie difensive primordiali non solo degli esseri umani ma di moltissime specie viventi (dagli insetti, agli uccelli, ai mammiferi). Interessantemente essa fa parte sia del bagaglio etologico delle prede che dei predatori, che possono anch'essi fingersi morti se molto affamati e/o in difficoltà a catturare le loro prede consuete. Ambivalente, la tanatosi può mortificare un paziente oncologico sopravvissuto al cancro così come, nel transfert, coloro che vengono a contatto con questo specifico *pathos*. Di più... anche uno psicoterapeuta potrebbe sentirsi mortificato da un simile transfert proprio per il fatto che esso suscita l'angoscia della diade predatore/preda: chi è lo psico-oncologo? Uno psicoterapeuta in cerca di "facili prede"?



Il solo fatto che questo interrogativo possa essere formulato, nell'analisi del controtransfert suscitato da questa paziente, ci spinge ad approfondire lo studio psicoanalitico di queste dinamiche inconsce, se vogliamo prepararci ad affrontarle adeguatamente. Forse non è senza significato se, al momento attuale, sono pochissime le Scuole di Psicoterapia che includono la Psico-Oncologia nei loro programmi. D'altra parte, se non ci sarà al più presto un'inversione di tendenza, non c'è da sperare che gli psicoterapeuti di domani siano in grado di rispondere ai bisogni dei nostri pazienti futuri, visto che tra di loro saranno numerosi i sopravvissuti al cancro. D'altra parte è probabile che la resistenza attuale ad occuparsi di malati di cancro nasca proprio da fantasie e dinamiche inconsce del tipo di quelle con cui ci siamo confrontati nel caso di Lucia, ed è per questo che abbiamo ritenuto utile condividerlo con un pubblico ampio di operatori "psi".

BIBLIOGRAFIA

- Baldazzi V., Suppi S., Cicchetti L. Pulcinella, Teresina e la Morte: una "Bagattella" per il Workshop "Cinema e Sogni" del 2006. *Doppio Sogno* 3, Dicembre, 2006.
- Canetti E. (1960) *Massa e potere*, Adelphi, 1981.
- Fornari F., *Affetti e cancro*, Edizioni Cortina, 1980.
- Freud S. (1910) Significato opposto delle parole primordiali in *Opere*, Boringhieri, 1976.
- Goffman E. (1963) *Stigma. L'identità negata*. Giuffrè, 1983.
- Klein M., *Invidia e gratitudine*, Psycho, 1957.
- Leonardo da Vinci. La volpe e la gazza. *Leggende: Falsità*. H. 9 r
- Matheson R. (1954) *Io sono leggenda*, Fanucci, 2005.
- Merleau-Ponty *Le visible et l'invisible*, texte établi par C. Lefort, Paris, Gallimard, 1964.
- National Cancer Institute *Cancer Trends Progress Report – 2007 Update*. www.cancer.gov
- Nesci D. A. Riflessioni etnopsicoanalitiche sull'uso del lettino. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria* 4, 500, ott-dic., 1990.
- Nesci D. A., *La notte bianca - Studio etnopsicanalitico del suicidio collettivo*, Armando Editore, 1991.
- Nesci D. A., Poliseno T. A., Averna S., Mancuso A. K., Ancona L., Ferrazzani S., De Carolis S., Caruso A., and Mancuso S. The "Covert" Relationship between the Mother and her Unborn Child. *The International J. of Prenatal and Perinatal Psychol. and Med.* 5, 1: 43-48, 1993.
- Nesci D. A. e Poliseno T. A., *Metamorfosi e Cancro – Studi di Psico-Oncologia*, Società Editrice Universo, 1997.
- Nesci D. A., Poliseno T. A., Manolio V. A., De Francesco A., Sica S., Salutari P., Urbano R., Teofili L., Chiusolo P., Carniti M., Leone G. Bone Marrow Transplantation: Preliminary Report on a Psycho-Oncological Experience. *World Psychiatric Association Regional Meeting in the Mediterranean Area, Rome, June 16-19, 1997*, Abstract Book, p. 35.
- Nesci D. A., Manolio V. A., Laurenti L., Piccirillo N., Sica S., Salutari P., Leone G. L'impiego della levosulpiride nel trapianto di midollo osseo: risultati preliminari di un'esperienza di psichiatria di consultazione. *Psichiatria di Consultazione*, suppl. al n. 1, 97, 1998
- Nesci D.A., Poliseno T.A., e Coll. *Gli interventi di supporto in Psico-Oncologia – i gruppi Balint*. In Bellani M.L, Morasso G, Amadori D, Orrù W, Grassi L, et al (a cura di) *Psiconcologia*, Masson, Milano, 2002.
- Nesci D. A. . Poliseno T. A., Abet F., Fazzi M., Franceschini R., Mariani G., Palermo E., Pecci A. P. Workshop "Cinema e sogni" del 11/11/2006. *Doppio Sogno* 3, Dicembre 2006.



- Politi P., *Quell'animale del mio analista...*, in Ferro et al. "Sognare l'analisi: sviluppi clinici del pensiero di Wilfred R. Bion", Bollati Boringhieri, 2007.
- Propp V. J. (1946) *Le radici storiche dei racconti di fate*, Boringhieri, 1974.
- Resnik S. (1972) *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*. Einaudi, 1976.
- Smith A. B. e Bashore L., The effect of clinic-based health promotion education on perceived health status and health promotion behaviors of adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, nov-dic., 2006.
- Straker N., Psycodynamic Psychotherapy for Cancer Patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, January, 1998.
- The Institute of Medicine, National Academy of Sciences (2005) *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Report, November 07, 2005.
- Winnicott D. W. (1951) Transitional Objects and Transitional Phenomena. *International Journal of Psycho-An.*, 3, 89, 1953.