

COMMENTO AL LAVORO DI DOMINIQUE SCARFONE

“L’esame di realtà: una storia d’amore”

Domenico Arturo Nesci

Il lavoro di Dominique Scarfone, che abbiamo l’onore di pubblicare come lettura magistrale in questo numero di *Doppio Sogno*, si presta a molteplici considerazioni, sia per le riflessioni meta psicologiche che sviluppa, sia per la questione clinica che solleva rispetto ad un’evenienza che non si limita a “poter essere” (per riprendere un gioco di parole dell’Autore) ma si colloca stabilmente nell’immaginario di ogni psicoterapeuta: la fantasia che ci si presenti un/una paziente che si dica innamorato/a di noi.

Come ci si può orientare in una simile congiuntura?

Il grande lavoro metapsicologico di Dominique Scarfone vuole dare a tutti noi, che cerchiamo di prenderci cura dei nostri pazienti, un orientamento non banale, un aiuto ad andare al di là della consueta vulgata teorica.

Sostanzialmente, cosa ci propone il caso clinico non presentato da Scarfone ma che sicuramente sta all’origine della sua appassionata ricerca scientifica?

Propongo una riflessione come risposta a questo interrogativo e come implicito commento al testo.

Secondo me, *forse*, Scarfone ci propone di assumere una prospettiva autenticamente psicoanalitica permettendo all’idea delirante di “poter essere” nel setting della terapia che ha istituito con la sua paziente.

Questo consentire all’idea delirante di “poter essere”, essendo il terapeuta consapevole che catalogarla come delirante e respingerla significherebbe provocare la riattualizzazione di un dolore insopportabile, mi sembra una posizione estremamente importante anche da un punto di vista etico e mi suscita subito una libera associazione che nasce dall’esperienza clinica di un setting molto diverso.

“I satelliti”

Il signor X è un paziente che si presenta al pronto Soccorso di un ospedale per una emorragia dolorosa. Viene fatta diagnosi di tumore maligno. Ci si accorge però, contemporaneamente, che il paziente è anche delirante. Il consulente psichiatra del Reparto si trova così di fronte ad un quadro che ricorda molto da vicino quelli descritti da Tausk (1919) come “delirio della macchina influenzante”. Il paziente si sente controllato da un’oscura entità maligna che descrive come “i satelliti”.

Una terapia antipsicotica, subito iniziata, non tocca minimamente il tema delirante, ma, insieme ad un intervento chirurgico d’urgenza ed alla terapia antidolorifica, rende possibile al paziente di proseguire il ricovero con un atteggiamento collaborativo verso i curanti, anche grazie al sostegno dei familiari, che si stringono intorno a lui in questa drammatica circostanza.

I chirurghi devono proporre al paziente un intervento particolarmente demolitivo, con confezionamento di un’enterostomia definitiva ed amputazione del retto, per tentare di togliere il cancro in modo radicale.

Come fare a comunicarlo al paziente?

Come fare ad avere da lui un consenso informato giuridicamente valido?

I chirurghi sono molto preoccupati... soprattutto dopo che è caduta la possibilità di tentare di ridurre la massa con terapie adiuvanti pre-operatorie, per una serie di complicanze che avevano reso necessario il primo intervento chirurgico d'urgenza.

Anche se il delirio è florido, nonostante la terapia psicofarmacologica, bisogna operare assolutamente... ed al più presto!

Il consulente psichiatra organizza un incontro a tre, con un medico-legale della Direzione Sanitaria ed uno dei chirurghi. Si discutono tutte le possibilità, anche quella di un trattamento sanitario obbligatorio, e cioè di un intervento violento e coercitivo...

Alla fine lo psichiatra valuta che il delirio del paziente "può essere" senza rendere impossibile per lui capire la realtà del suo stato clinico e la necessità delle cure: si decide di preparare un incontro, tutti insieme, al letto del paziente, in presenza di un familiare.

Nell'incontro, l'ispettore sanitario si presenta e parla per primo spiegando soprattutto gli aspetti riparativi della vicenda drammatica che purtroppo aspetta il paziente: il diritto ad una pensione di invalidità e a cure costanti per l'eventuale condizione futura di portatore di stomia definitiva. A questo punto il chirurgo interviene spiegando la natura maligna della malattia e l'alta probabilità di potersi trovare, nel corso dell'intervento, di fronte alla necessità di confezionare una stomia definitiva. Il paziente capisce... si dispera, chiede che si tenti di tutto per evitare la stomia, se si può, ed infine accetta di dare il suo consenso informato, assistito dallo psichiatra e dal familiare, che fanno da contenitori emotivi dell'incontro.

Il delirio può esistere... senza per questo, necessariamente, distruggere la persona che l'ha creato per sopravvivere ad una qualche insopportabile perdita di un oggetto d'amore...

Nella storia di questo paziente, ricordo *en passant*, il delirio si è andato costruendo in un contesto di sradicamento dal suolo della madrepatria. Nella mia interpretazione della macchina influenzante di Tausk come imago placentare, non c'è da stupirsi se la perdita di questo primordiale, onnipotente, particolarissimo oggetto sé, che è anche un doppio del soggetto, una sua "anima esterna", abbia il potere di scatenare l'angoscia psicotica dell'annichilimento... (Nesci, 1991).

Il caso clinico "in pectore"

A noi non interessa, qui, sapere nulla della supposta paziente di Scarfone. A noi basta sapere che lui ha "forse" consentito a quella "idea delirante" di "poter essere" per non distruggere la paziente e curarla.

Note bibliografiche

Nesci, D.A. (1991). *La Notte Bianca. Studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo*. Armando Editore, Roma.

Tausk V. (1919), Sulla genesi della "macchina influenzante" nella schizofrenia, in *Scritti Psicoanalitici*, Astrolabio, Roma, 1979.