

## RIFLESSIONI SUL LUTTO IN UN CENTRO DI EMODIALISI

*Alessandra Piarulli, Domenico Arturo Nesci.*

Le riflessioni che vorremmo condividere con i Lettori di “*Doppio Sogno*” sui vissuti del lutto nei pazienti in cura in un Centro di Emodialisi, sono maturate nel periodo di osservazione che una di noi ha svolto presso il Centro di Emodialisi del Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” di Roma, nel corso del 2009, come tirocinante della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (SIPSI).

Il tema del lutto (Freud, 1915) in dialisi può essere concepito in diversi modi. La fase preliminare è la comunicazione ai pazienti della loro nuova condizione. Si tratta di un’esperienza di perdita che sommata al vissuto di “menzogna”, per l’ambiguità della comunicazione da parte dei medici, sempre preoccupati di suscitare reazioni di rifiuto che sentono di non essere in grado di gestire, complica l’ingresso in terapia dialitica rendendolo più traumatico di quello che già di per sé non possa essere. Nel discorso dei medici, infatti, spesso, le specifiche caratteristiche dell’essere dei malati cronici, nonché gli aspetti mortiferi della malattia ed il numero e l’impegno delle sedute di dialisi, risultano essere inizialmente velati e diventano poi un argomento tabù tanto quanto la morte.

### **Vissuti di lutto**

La Sig.ra A. riferisce: “All’inizio i medici ti dicono che la dialisi è solo momentanea, ma non è così. Poi ho capito da sola che sarebbe proseguita... c’era la speranza, ma io ho avuto anche mio padre in dialisi e me lo aspettavo, quindi ho accettato la dialisi, è entrata nella mia quotidianità... loro avrebbero dovuto dirlo dall’inizio, è importante sapere la verità. Servirebbe uno psicologo, non tutti sono preparati come me...” .

L’informazione alla persona ed il supporto psicologico, nelle prime fasi della terapia dialitica, non possono essere trascurati. E’ importante comunicare con il paziente, sin dall’inizio, non solo informandolo sui punti più importanti della terapia ma anche sui tempi e le modalità di svolgimento. In particolare, è necessario chiarire il fatto che il numero di sedute aumenterà nel corso del tempo e che si stabilizzerà quasi sempre a tre volte alla settimana, per la durata di quattro ore circa. La trasparenza delle informazioni può rendere più difficile, critico, il momento iniziale

della terapia (rendendo così naturale il bisogno di un supporto psicologico) ma aumenta la probabilità di ottenere poi, in un secondo tempo, un'accezione piena e consapevole della terapia dialitica e quindi una migliore *compliance* da parte dei pazienti e dei familiari.

Vissuti di lutto non affiorano solo ad uno sguardo che si focalizza sul livello individuale del singolo paziente ma compaiono ancor più evidenti se la prospettiva viene estesa ed abbraccia anche il livello grupale dei pazienti di un "turno" di dialisi. In dialisi, infatti, si assiste ad un disconoscimento collettivo della morte (Mitscherlich e Mitscherlich, 1967) nel senso che la paura di morire non viene espressa verbalmente da nessuno. Come se la morte fosse diventata tabù. La paura ossessiva di morire aleggia invece nell'immaginario del Centro Dialisi e viene proiettata fuori di sé, dai pazienti, prevalentemente in due modi: l'adozione di meccanismi di difesa di tipo ossessivo, da un lato, dando origine così ad una serie di rituali (Montefiori, Piarulli, Nesci, 2009), e, dall'altro, lo spostamento della paura di morire su altre persone, che si manifesta attraverso atteggiamenti altruistici e protettivi (ad esempio nei confronti di chi si prende cura di loro). Queste preoccupazioni potrebbero coprire, ad un livello inconscio, un desiderio rimosso di morte dell'altro, di cui quindi, ci si augura e si teme, contemporaneamente, la morte (Freud, 1912-13). Questa dinamica inconscia è una delle modalità con cui l'animo umano riesce a rappresentarsi la morte: "Nell'inconscio la morte sarebbe sempre la morte dell'altro" (Laplanche, 1972).

I pazienti del Centro Dialisi manifestano spesso questi vissuti, ad esempio in occasione delle interruzioni di rapporto dovute alle festività, prima e dopo le quali cercano di rassicurarsi sullo stato di benessere psico-fisico delle tirocinanti psicologhe, attraverso domande ed espressioni del tipo: "Come state?", "Voi siete giovani, l'importante è che state bene voi", "Non dovete stare in piedi, vi stancate", "Fate bene a divertirvi e a viaggiare..." (magari sottolineando, subito dopo, il fatto di non poter più fare viaggi e godersi la vita).

Un altro esempio del modo in cui il gruppo dei dializzati ha associato la rappresentazione della propria morte a quella delle persone che si prendono cura di loro è emerso in occasione della recente temuta epidemia di influenza. Nel gruppo dei dializzati si è spesso parlato del vaccino contro il virus dell'influenza A (sottotipo H1N1). Spesso i pazienti interrogavano gli operatori del Centro sui pro e sui contro della vaccinazione, sulla propensione degli operatori sanitari a vaccinarsi; molti aggiungevano: "i medici vogliono che lo facciamo, ma loro lo faranno?"

La continuità tra il pensiero della propria morte e quello della morte del curante ritorna nel tema del trapianto, che rappresenta la via d'uscita alternativa alla dialisi e alla morte ma che presuppone, per essere attuato, la presenza di un donatore, di un "altro" che diventa un *pharmakos* (Nesci, 1991) un curante che si sacrifica per il bene del paziente.

A proposito di ciò, Il Sig. M. confida: “Spero che arrivi il rene, forse ci sono più possibilità che si verifichino incidenti in questo periodo...” (si riferiva alle vacanze estive). Il paziente F., nonostante sia molto anziano, dice alle giovani psicologhe tirocinanti: “Sto aspettando che qualche ragazzo faccia un incidente con il motorino”. La paziente S., dal canto suo, afferma: “Non penso al trapianto, anche se sono in lista, perché so che dovrebbe morire un ragazzo giovane, non voglio pensarci, io sto bene”. Il Sig. O. afferma: “In alcuni paesi è facile ottenere un rene, con 10.000 euro lo puoi comprare, ma per vie illegali, quindi preferisco stare in lista trapianti”. Il Sig. P., che durante un ricovero in un reparto ospedaliero, ha assistito alla morte del suo compagno di stanza, è depresso e piangendo afferma: “Lo sentivo respirare e poi è morto, io lo avevo accanto e sentivo ancora il suo respiro, anche i medici prima di dichiarare morta una persona devono fare due volte l’elettrocardiogramma, il confine tra la vita e la morte è difficile da definire, neanche loro lo sanno... la gente ha paura di donare gli organi ed ha ragione, a volte tolgono l’organo troppo tardi, a volte troppo presto...”.

E’ significativo ciò che dice una signora che ha ricevuto il rene dal marito, ma che poi riferisce di averlo perso “per colpa” dei medici, “Sono dei maledetti, dopo avermi fatto un esame clinico sul rene me lo hanno fatto perdere! L’intervento era andato bene, il medico mi ha detto che è stato un caso raro... intanto me l’hanno fatto perdere, e poi mi aveva promesso che il rene sarebbe arrivato presto, mentre sono anni che sono qui; la pazienza ha dei limiti, non si può andare avanti così!”.

In questa vignetta clinica è ben espressa la rabbia come risultato di un “lutto nel lutto”, che da un lato è manifestata dalla perdita di “due” organi d’un sol colpo, quello del marito (per il marito) e quello ricevuto dal marito ma ormai “suo” perché introiettato nel suo corpo. Un doppio fallimento che è amplificato dal fallimento delle speranze e rassicurazioni che erano state date dai medici.

La tecnica del trapianto di organi consente di conferire alla vita una continuità che ricorda l’immortalità e che consolida il moderno disconoscimento della morte (Ariès, 1975). L’incorporazione nel proprio corpo di una parte del sé-corporeo di un altro individuo (a volte un familiare, come nel caso sopra citato, oppure una persona deceduta ma ancora viva, in modo metonimico, nel corpo di chi riceve l’organo), mette in luce un diverso aspetto della dipendenza rispetto a quello correlato alla macchina della dialisi. Qui è in gioco la stretta connessione tra la possibilità di vita del paziente e la morte (o l’indebolimento, nel caso del trapianto da vivente) dell’altro (il donatore) nonché lo spaesamento perturbante (Freud, 1919) che nasce dall’angoscia suscitata dal pensare che un oggetto non-sé possa diventare parte del sé e che l’incorporazione-integrazione psico-fisica di un organo altrui possa dare la vita in cambio di un’esperienza di lutto per qualcun altro (la perdita di un organo per il donatore vivente o la morte di un’altra persona, nel caso di un trapianto da cadavere).

## Riflessioni psicodinamiche

La condizione del paziente in dialisi è paragonabile ad una catastrofe cognitivo-emozionale che comporta un ritorno alla posizione regressiva in cui la macchina rene-artificiale è l'oggetto buono che tiene in vita ma è anche l'oggetto cattivo che domina la vita (Klein, 1946). Si instaura quindi una situazione di dipendenza dalla macchina, che porta in sé l'antinomia dipendenza-indipendenza, in quanto per avere una vita autonoma è necessario dipendere dalla macchina, oggetto esterno ed interno, strutturalmente doppio ed ambivalente, ormai diventata parte del sé corporeo, una perturbante materializzazione dell'imgo placentare (Nesci, 1991) prima ancora che del seno materno. Tutto ciò rievoca esperienze primordiali proprie della vita prenatale, per cui la sofferenza per la perdita della condizione originaria di salute può non essere mentalizzata, esprimendosi attraverso il corpo (sindromi psicofisiche) o in acting out autodistruttivi.

La Sig.ra T. ci dice: “Questa non è più vita, è vita questa? Quando torno a casa, dopo la dialisi, mi butto sul letto perché sto male; deve fare tutto mio marito. Se devo cucinare lo faccio la mattina, per il resto ci pensa lui... anche lui lo dice: non è possibile andare avanti così”.

Il Sig. R. racconta il frammento di un sogno: “Sognavo di essere morto, mi bucavano ma non sentivo niente” e ripete frequentemente le frasi: “Sono cose che succedono ai vivi” e “Lasciate ogni speranza voi ch'entrate...” (Dante Alighieri, 1302-1305), per significare il suo stato di paziente in dialisi. Nel vissuto del paziente “Morte” e “Vita-in-Morte” (Coolidge, 1798) si mescolano paurosamente, così come nella frase lapidaria di Dante si condensa il vissuto depressivo del paziente che sente di aver oltrepassato la soglia di un Inferno-dialisi da cui immagina di non poter uscire più. Solo il linguaggio e la creatività della poesia sembrano poter dare un sollievo a questi stati d'animo che rivelano lo statuto esistenziale del paziente in dialisi come una condizione limite, non necessariamente sopportabile da un essere umano. Forse per questo entrano così in gioco condizioni e sintomi psicosomatici...

Il Signor G. lamenta un forte prurito, attribuendone la causa al filtro della dialisi, ma poi si viene a scoprire che in realtà il malessere è sorto prima di entrare in dialisi, ed anche se è aumentato con la terapia i medici del Centro suppongono che possa avere un'origine psicosomatica.

Il Sig. Q. è un paziente quarantenne, in dialisi da circa venti anni, che suscita turbamento a causa del suo aspetto fisico, in quanto presenta la cute di tutto il corpo giallastra e bucherellata. Un medico del Centro Dialisi comunica alle tirocinanti psicologhe che, nonostante l'epatite C (da cui il malato è affetto) e la dialisi possano provocare problemi simili, in realtà non è possibile spiegare

completamente queste alterazioni cutanee, che potrebbero quindi essere ricondotte anch'esse ad oscure dinamiche di origine psicosomatica.

Nella condizione di dialisi è importante tenere in considerazione il fatto che il paziente deve essere abbastanza strutturato per poter tollerare l'esperienza del lutto, altrimenti questa può essere espulsa. In tal senso appaiono emblematici alcuni casi di pazienti che hanno "ereditato" da uno dei genitori sia la patologia fisica che il lutto espulso della dialisi assumendo il ruolo di "riceventi avvelenati" per i quali il lavoro del lutto risulterà più arduo da affrontare (Racamièr, 1993).

Il trasporto transgenerazionale del lutto è associabile alla funzione depurativa del rene artificiale che, oltre a filtrare il sangue "avvelenato", tenta di espellere l'angoscia persecutoria di livello psicotico (Nesci, 2009) che in questo caso "viaggia" attraverso il lutto espulso dal genitore che era in dialisi per rientrare nel familiare "trasportatore del lutto", per usare un'espressione di Racamièr.

Il vissuto di alcune pazienti può essere rappresentativa di questa esperienza, come nel caso della Sig.ra A., una donna quarantenne, che afferma: "Sapevo bene di cosa si trattava, anche mio padre era in dialisi per uno streptococco... ora la dialisi è molto migliorata, prima era molto più pesante... mio padre era molto forte ed anch'io lo sono, penso che sia inutile piangersi addosso e pesare sui familiari, poi si stancano...". Ci si potrebbe interrogare su cosa significhi "essere forte" e si potrebbe pensare che ciò attenga all'esperienza di sofferenza vissuta per il lutto-dialisi dal padre, poi tramandato alla figlia come per un'impossibilità ad elaborarlo nel corso di una sola generazione, all'interno della famiglia.

La stessa paziente ha vissuto recentemente la perdita della madre e ne racconta la sofferenza senza riuscire ad esprimere le proprie emozioni, come se fossero "congelate" e come se "il ritorno" del morto come "spirito" (presenza nella casa) o in sogno le incutesse paura. Persino la causa del decesso a lei risulta misteriosa ed inspiegabile, al punto che la paziente si è fatta l'idea che la madre non sia morta per l'Alzheimer, come hanno diagnosticato i medici, ma a causa di un tumore (in realtà mai diagnosticato). Nel racconto della Sig.ra A., subito dopo la morte della madre: "Lei era dimagrita tanto, aveva la pancia gonfia ed è morta in pochi mesi. Io mi sono documentata con internet, penso che non abbia avuto l'Alzheimer ma un tumore al colon-retto, perché poi prende l'encefalo, ma non me la sono sentita di farle fare l'autopsia... ha smesso di soffrire. Mi manca... lei mi aiutava... ma... non riesco ad entrare a casa sua da sola, spesso si ha paura dei morti, non perché siano spiriti cattivi... io il problema dell'aldilà non me lo pongo".

Quando le viene chiesto se recentemente ha fatto dei sogni, lei risponde: "Sì, ho sognato di essere seduta con mio marito intorno ad un tavolo; poi arrivava mia madre che lamentava forti dolori e mi chiedeva di farle una puntura, io invece le davo dei farmaci."

La puntura, gli aghi, sono molto connessi alla dialisi. E' come se, nel sogno, la Sig.ra A. si proponesse come "farmaco" vivente per la madre, in alternativa all'iniezione/dialisi. E' come se la paziente avesse ereditato dal padre il dolore per il lutto-dialisi e dalla madre il timore di ammalarsi di Alzheimer, un timore che non riesce ad elaborare se non con il diniego della malattia e la sua sostituzione con un cancro immaginario. La Sig.ra A. potrebbe allora aver vissuto, a livello inconscio, la demenza della madre come il risultato dell'impossibilità a mentalizzare il lutto-dialisi del marito, un lutto che ora lei è rimasta a dover "trasportare" da sola. Quando le viene chiesto come abbia vissuto la perdita del padre, risponde infatti: "Con lui è stato diverso, c'era sempre mia madre... quando non hai più nessuno è brutto."

La paziente D. è in dialisi da circa tre mesi. Anche suo padre lo era, e lei ha deciso di non fare figli perché avrebbero avuto il 50% di probabilità di ereditare la sua stessa malattia.

Il trattamento è diversificato rispetto a quello degli altri dializzati poiché è nella fase iniziale (due sedute infrasettimanali della durata di due ore e mezza l'una): "Io non mi posso lamentare, faccio dialisi solo per due ore e mezza, e poi ho ripreso qualche chilo, sto meglio da quando ho iniziato, lavoro, vengo da sola in macchina e solo quando non me la sento prendo il taxi..."

La paziente non fa trasparire segni di sofferenza psico-fisica nonostante il suo corpo sia molto debilitato; è come se volesse inconsciamente celare il suo stato di malessere trattenendolo tutto in sé, proprio come la sua scelta di non avere figli, che non è unicamente dovuta alla paura di trasmettere la patologia ma anche a quella di infettare le future generazioni dell'angoscia del lutto che lei stessa ha sperimentato con il padre e che ancora oggi prova nella situazione della dialisi.

Il processo del lutto in dialisi va considerato non solo rispetto alla morte ma anche rispetto alla riduzione della qualità di vita, sia rispetto alla perdita della totale indipendenza, sia rispetto alla inevitabile ristrutturazione del proprio schema corporeo, della propria identità.

In tal senso è emblematico il vissuto della Signora B. che, circa vent'anni fa, prima di entrare in dialisi, ha subito l'asportazione di una mammella a causa di un tumore. Lei ci racconta di essere mancata dal lavoro per un mese (lo scorso anno) a causa di un intervento ai denti, di essere sempre stanca, di avere mal di ossa e di non riuscire più a svegliarsi la mattina con la sensazione di "stare bene"; la dialisi la sta logorando fisicamente e le ha comportato la perdita dei denti. Lei dice: "Non crediate che perdere i denti a causa della dialisi sia tanto meglio di asportare la mammella; certo è diverso, ma è comunque brutto."

Il corpo è sempre stato oggetto di interesse da parte della psicoanalisi, basta ricordare a questo proposito che l'Io è stato concepito da Freud come un "Io corporeo" (1922) e che Anzieu ha teorizzato un "Io-pelle" (1974). La capacità di affrontare il dolore fisico e mentale è strettamente legata all'immagine corporea del proprio Sé. Una di noi, dal contatto con i pazienti in dialisi

nell'esperienza del proprio tirocinio, ha pensato che la psicoterapia multimediale, concepita da uno di noi per l'elaborazione del lutto oncologico (Nesci, 2009), potrebbe essere impiegata su alcuni pazienti in dialisi. In questa prospettiva il senso di recuperare le immagini della propria vita precedente l'ingresso in dialisi potrebbe essere quello di rafforzare l'immagine di sé precedente l'esordio della terapia dialitica vissuta come un lutto del proprio sé pre-dialisi.

Il rationale di questa sperimentazione paradossale (l'elaborazione del proprio lutto da parte di una persona morta-in-vita) sarebbe quella di rafforzare la parte sana per aiutarla, in un secondo tempo, a riconoscere quella cronicamente malata ed a riconciliarsi con essa.

## CONCLUSIONI

Non solo ogni perdita affettiva ma anche ogni cambiamento, nel corso dell'esistenza, è "perdita di qualcosa di noto e avventura dell'ignoto e quindi comporta sentimenti di depressione per la perdita e ansia per l'ignoto" (Saffiotti, 2007). L'ingresso in dialisi è un'esperienza di lutto in cui il paziente si sente come il marinaio di Coolidge nella celebre *Rhyme of the Ancient Mariner*, vinto da Vita-in-Morte nella spettrale partita a dadi contro la Morte.

La figura dello psicologo come "trasportatore" del lutto, ha il compito prioritario di supportare la persona che soffre e di non lasciarla sola, ascoltando il paziente/marinaio così come "l'invitato alle nozze" (lo psicologo) "doveva" ascoltare il marinaio (il paziente) che "doveva" narrare la sua storia. I malati cronici, che vivono continue perdite ed esperienze di lutto, in senso lato, necessitano costantemente di ritrovarsi e di ri-significarsi nell'incontro con qualcuno che sappia ascoltare. Il supporto psicologico diventa allora un momento importante che deve essere integrato in ogni Centro di Dialisi, se ci si vuole impegnare davvero per l'eccellenza nella cura dell'essere umano malato.

## BIBLIOGRAFIA

- Ariès, P., (1975) *Storia della morte in Occidente: dal medioevo ai giorni nostri*. Rizzoli, Milano 1978.
- Anzieu, D., (1974) *Le moi-peau Nouvelle Revue de Psychanalyse* 9, 195-208.
- Dante, A., (1304-1305) *Inferno*, Canto III, v. 9.



- Freud, S. (1912-1914) *Totem e tabù*, OSF, vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud, S. (1915) *Lutto e melanconia*, OSF, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud, S. (1919) *Il perturbante*, OSF, vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud, S. (1922) *L'Io e l'Es*, Opere vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Klein, M. (1946) Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: *Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Laplanche, J.(1972) *Vita e morte nella psicoanalisi*. Laterza, Bari 1972, p.14.
- Mitscherlich A., Mitscherlich M (1967) *Germania senza lutto*, Sansoni, Firenze, 1970.
- Montefiori V., Piarulli A., Nesci D.A.(2009) Osservazioni psicodinamiche sulle problematiche dei pazienti in un centro emodialisi. *Doppio Sogno*, n. 8. [www.doppio-sogno.it](http://www.doppio-sogno.it)
- Nesci, D.A. (2006) L'immagine placentare nello studio etnopsicoanalitico delle comunità suicide: il leader come "filtro" del gruppo. *Doppio Sogno*, n. 2, <http://www.doppio-sogno.it/numero2.htm>
- Nesci, D.A. (2009) Multimedia Psychodynamic Psychotherapy. A preliminary report. *Journal of Psychiatric Practice* , 15, 3, 211-215; versione italiana in *Strumenti in Psico-Oncologia*, n. 4. <http://www.psychomedia.it/psic-onco/n4-09/villella2.htm>
- Racamier P. C. (1993) *Il genio delle origini*. Raffaello Cortina, Milano 1993, p.39- 40.
- Saffiotti C. (2007) La depressione. In cerca di una definizione. <http://www.benessere.com/psicologia/depressione/depressione.htm>.