

Francesca Rubino, Serena Romano, Domenico Arturo Nesci

RIFLESSIONI ETNOPSICOANALITICHE SULL'ELABORAZIONE DI UN LUTTO IN UN REPARTO DI EMODIALISI

I frammenti clinici e le riflessioni che verranno presentati in questo breve lavoro sono frutto dell'attività di consulenza psichiatrica al Centro di Emodialisi del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma. Da alcuni anni, grazie alla ratifica di una convenzione tra un'Associazione senza scopi di lucro (The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals -I.I.P.R.T.H.P.) e l'Università Cattolica, è stato possibile disporre della presenza qualificata di tirocinanti della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.) presso il Centro di Dialisi e quindi alle consulenze psichiatriche, che riguardavano solo i casi gravi ed urgenti, si è potuta aggiungere una attività di supporto psicologico per tutti i pazienti che ne facevano richiesta. Prima di riportare alcune riflessioni etnopsicoanalitiche relative all'esperienza clinica dell'elaborazione di un lutto da parte dei pazienti del Centro, riteniamo necessario descrivere il metodo di lavoro che si è andato strutturando, dopo un primo periodo di osservazione (durato alcuni mesi) dell'attività clinica della Dialisi.

Due psicologi assicurano la loro presenza, una volta alla settimana, per ciascuno dei 4 turni di trattamento organizzati dal Centro di Dialisi; i pazienti che desiderano usufruire di un supporto psicologico possono esprimere direttamente questa richiesta, durante il "giro" che si svolge ogni volta che i due psicologi sono in reparto; talvolta, sono i membri dell'*équipe* curante che segnalano un bisogno. L'incontro avviene direttamente "al letto del malato": ci siamo resi conto che, nonostante l'ambiente apparentemente poco adeguato (la presenza nella stessa stanza di più letti e l'andirivieni degli infermieri sono fattori che sembrerebbero limitare la riservatezza), la situazione che si viene a creare è, di fatto, molto "intima".

Dopo il primo contatto vengono concordati i tempi degli incontri psicologici; il paziente sa che ci vedremo in un determinato giorno della settimana, e (compatibilmente con le esigenze del reparto e con la gestione dei trattamenti) ad un determinato orario. Riteniamo che sia importante utilizzare la sistematicità e la ritmicità dei colloqui come “strumenti” che permettono al paziente di sperimentare un contenimento (Winnicott, 1964): la posizione stessa del paziente in emodialisi (sdraiato in poltrona-letto, vestito con un pigiama, attaccato ad una macchina che controlla tutti i parametri fisiologici ed in cui scorre e viene filtrato il suo sangue) stimola fortemente la regressione e l'emergere di fantasie e dinamiche inconsce arcaiche. Uno di noi, in particolare, ha descritto altrove le angosce di livello psicotico legate proprio alla dipendenza dalla macchina della dialisi che estrae il sangue dal corpo per re-immetterlo, successivamente, depurato (Nesci, 2000). In questa prospettiva, se la macchina della dialisi assume, nell'immaginario istituzionale, la forma dell'imago placentare, per le sue funzioni di filtro, il gruppo della dialisi (pazienti, familiari, operatori) tende a prendere la forma di un “gruppo sinciziale” (Nesci, 1989) e cioè di un'organizzazione simbiotica in cui i limiti/confini tra i membri individuali tendono a farsi indistinti. Durante il colloquio, terapeuta e paziente sono fisicamente molto vicini: spesso sono i malati a chiedere alla psicologa di prendere una sedia e sedersi proprio di fianco a loro, e non è infrequente la ricerca di brevi contatti fisici (ad esempio, strette di mano che durano qualche minuto). Il “campo” dinamico che si viene a creare (Bleger, 1966), è il contesto in cui trovano spazio le fantasie del paziente, attraverso una produzione associativa estremamente fluida e ricca. Ci sembra quindi interessante recuperare, in una delle esperienze vissute in reparto, segni di questa sincizializzazione del gruppo. Riportiamo, dunque, tre vignette cliniche legate ad un evento molto particolare (la morte di un paziente), e le riflessioni che ne sono scaturite.

Le vignette cliniche sono descritte in prima persona perché abbiamo utilizzato gli appunti di una di noi, integrandoli con i ricordi dell'altra. Prendere appunti “a caldo”, dopo il lavoro clinico, è parte integrante del nostro stile di Scuola convinti come siamo che questo sia essenziale per poter riflettere, a distanza di tempo, su quello che è accaduto.

Emma, ovvero, l'angoscia del controllo.

Emma ha 62 anni, ed è in dialisi da alcuni mesi; ho avuto con lei un primo colloquio, nel corso del quale la paziente ha espresso intensi vissuti di angoscia (ad esempio il timore di contrarre un'epatite attraverso il filtro della macchina della dialisi oppure la paura di essere sottoposta ad un trattamento inadeguato) che la costringono ad esercitare un controllo strettissimo su tutte le procedure alle quali viene sottoposta in reparto.

Una settimana dopo il nostro primo contatto, è proprio lei ad informare me e la mia collega psicologa (la dr.ssa Serena Romano) di un episodio doloroso, avvenuto pochi giorni prima: la morte di un altro paziente, che faceva parte del suo stesso turno di dialisi: *“Avete saputo? E' morto quel signore...non lo sapevate?”*

In effetti, la collega e io non eravamo state informate su ciò che era successo: il paziente in questione era un uomo che aveva iniziato l'emodialisi all'incirca nello stesso periodo di Emma. La signora è molto scossa e ripete più volte: *“E pensare che l'avevo visto andare via... l'avevo salutato e l'avevo visto andare via...”*

Immediatamente dopo, la paziente cambia discorso: racconta della sua nipotina piccola che trascorre con lei tutti i pomeriggi liberi dalla dialisi; parla del suo ruolo di nonna molto presente, che si diverte a inventare giochi nuovi per la bambina, ma che si sente anche provata dalla fatica che questo comporta: *“mi fa stendere a terra, alzare, sedere, alzare...il problema non è sedermi, il problema è proprio alzarmi! Queste sono cose che potreste fare voi...ma voi – ci domanda a questo punto – avete figli?”*. Alle nostre risposte negative, aggiunge: *“Ma siete sposate, fidanzate?”*. Una di noi risponde di essere fidanzata, l'altra di non esserlo; allora, Emma pianifica minuziosamente tutto il percorso: quella di noi già “sistemata” sarà la prima ad avere un bambino, molto presto; in questo modo potrà preparare l'altra (che nel frattempo deve impegnarsi per trovare un compagno nel più breve tempo possibile) ad avere a sua volta una gravidanza. Entrambe, poi, torneremo da lei per raccontarle le nostre esperienze di madri, i nostri problemi, le nostre fatiche: lei, già “esperta” (in quanto madre e nonna) saprà sicuramente consigliarci.

La settimana successiva, Emma si informa con la psicologa “non fidanzata” su come va la sua ricerca di un compagno: la sollecita scherzosamente a non perdere tempo, perché deve avere un bambino al più presto; lei poi le spiegherà tutto...

Giuseppe, ovvero, il risentimento.

Il signor Giuseppe ha circa 60 anni ed è in dialisi all'incirca da un anno; è stato lui a richiedere personalmente un supporto psicologico, 6 mesi fa. Soffre di diabete ed ha sviluppato un'insufficienza renale cronica a seguito di una coronarografia con mezzo di contrasto: da questo "incidente" sono scaturiti vissuti di rabbia intensa (nei confronti dell'istituzione sanitaria in generale e del personale medico in particolare), ed angosce persecutorie che si esprimono spesso attraverso fantasie di contaminazione nella dialisi.

Oggi, tuttavia, Giuseppe mi accoglie con una notizia positiva: le ultime analisi del sangue segnalano un miglioramento della funzionalità renale residua, che permetterà probabilmente di ridurre la frequenza delle sedute settimanali di dialisi da due ad una. Subito dopo, il paziente fa riferimento ad alcuni poster, attaccati in sala d'attesa, che pubblicizzano centri di emodialisi in località turistiche: afferma di essere interessato e mi chiede, tra l'altro, se posso occuparmi di telefonare e prendere qualche informazione preliminare "*perché – dice – lei magari è più capace di me di parlare con i medici.*"

Subito dopo, però, aggiunge: "*Ma io in realtà non voglio fare le vacanze da dializzato... No, io voglio fare delle vacanze normali, come quando ero libero da questa cosa. Come quando sono andato ad Ibiza. Lei c'è stata, ad Ibiza?Io ci sono andato in vacanza con mia moglie. C'era un'atmosfera, ma un'atmosfera... tutte persone giovani, che si divertivano. Ecco, io glielo consiglio... vada a Ibiza, quest'estate. Ce l'ha il fidanzato?Se va col fidanzato, con quell'atmosfera... torna di sicuro con un bambino. E se il fidanzato non ce l'ha – aggiunge ridendo – ne trova uno lì...e poi ritorna con un bel bimbo! E poi lo porta qui a far vedere...e lo dice, eh, lo dice che le ho consigliato io di andare a Ibiza!*".

Al termine del colloquio, che ruota intorno alle aspettative e alle ansie legate alla riduzione delle sedute di emodialisi, il paziente mi saluta dicendomi: "*E mi raccomando... Ibiza! Io voglio vederla tornare con un bel bambino!*"

Filomena, ovvero, l'adattamento.

Filomena è in emodialisi da diversi anni; è una paziente che intrattiene con l'intera *équipe* un rapporto di reciproca simpatia. Gli infermieri ed alcuni medici si rivolgono a lei con l'appellativo affettuoso di "nonna"; la paziente, a sua volta, esprime fiducia e affetto nei confronti dei sanitari e (quasi a voler confermare il soprannome che

le è stato attribuito) viene sempre in reparto con una busta di caramelle, che distribuisce a tutti i presenti.

E' un infermiere a suggerirci di fare qualche colloquio con Filomena, la quale appare prostrata e depressa da quando ha avuto un *ictus*, da cui si è peraltro ripresa rapidamente e bene. Filomena accetta di buon grado di incontrarmi ed è lei a chiedermi di tornare ogni settimana; scopro che ciò che la angoscia maggiormente non è l'*ictus* (risalente a tre mesi prima), ma il fatto di aver sviluppato un *herpes zoster* pochissimo tempo dopo il suo rientro a casa. Lo sfogo è localizzato sul petto, appena sotto una mammella; l'infezione ha comportato una nevrite dolorosissima, che rappresenta per Filomena (molto attiva nonostante l'età avanzata) una condizione invalidante e, di conseguenza, angosciata. Tra l'altro, la paziente teme di esporre ad un contagio i suoi nipoti, che ha allontanato, e che teme di non poter vedere mai più.

In occasione dei nostri incontri precedenti, Filomena mi ha portato le foto dei nipotini, che mi ha mostrato con orgoglio; questa volta (è il nostro quarto colloquio) mi accoglie dicendo: *“Oggi non ho foto da farle vedere...Ma stavo pensando, e lei invece? E' sposata, ha dei bambini?”* Alla mia risposta negativa, la paziente risponde: *“Non importa, non importa...Troverò un bel marito, e poi faccia subito figli, mi raccomando... non aspetti tanto ad averne. E poi, se sarò ancora qui, mi porterà lei le foto da guardare!”* Filomena racconta episodi della sua vita familiare: il matrimonio, la ricerca di una casa, gli ostacoli che lei e il marito hanno dovuto superare (legati a condizioni economiche difficili) e che hanno fronteggiato appoggiandosi alla forza del loro legame; subito dopo, mi parla della sua situazione attuale, esprimendo l'angoscia che le suscita l'incapacità di svolgere le attività domestiche come ha sempre fatto; il marito la accudisce completamente e amorevolmente, e Filomena, pur molto grata (*“Vedesse quante cose ha imparato a fare! E' proprio bravo...”*) si sente in colpa, e teme che lui si stanchi troppo. Al momento di congedarci, mi ripete l'esortazione iniziale ad avere presto un bambino di cui portarle le fotografie.

Riflessioni

I frammenti clinici descritti sono stati raccolti nel corso della stessa giornata, durante un turno di emodialisi pomeridiano; i tre pazienti che usufruiscono regolarmente del supporto psicologico hanno espresso nella stessa occasione una

fantasia analoga: la psicologa ha una gravidanza, e coinvolge i pazienti nell'evento della nascita portando in reparto il bambino (Giuseppe), oppure le sue fotografie (Filomena), o, ancora, facendosi consigliare per il suo accudimento (Emma). Ci siamo interrogati nel gruppo di supervisione sull'origine di queste immagini particolarissime, che sono emerse per la prima volta proprio in questa specifica occasione: abbiamo ipotizzato di esserci trovati di fronte ad una fantasia gruppale condivisa e quindi ad un segno della sincizializzazione del gruppo. I pazienti ai quali si è fatto riferimento hanno in comune il vissuto di un evento profondamente angosciante: la scomparsa di un loro "compagno", di un membro del loro turno di dialisi; alla loro seduta successiva, in reparto, hanno trovato il letto vuoto ed hanno saputo della sua morte: in questa occasione sono emerse le fantasie di gravidanza. L'associazione tra queste ultime e l'episodio luttuoso appena verificatosi ci è parsa immediata: una "fuga" maniacale nella nascita, come difesa dall'angoscia di morte (Racamier, 1993). Ci è sembrato anche significativo che la notizia della morte del paziente ci sia stata data proprio da Emma: questa paziente, come accennato in precedenza, avverte la necessità di monitorare tutto quello che avviene durante la dialisi. Emma si è assunta, tra l'altro, il compito di controllare anche le altre persone presenti nell'ambiente (per esempio, prestando attenzione a che i suoi vicini di letto non si sentano male, o allertando gli infermieri in caso di necessità).

In un saggio di etnopsicoanalisi uno di noi aveva ipotizzato che un gruppo può ritrovare regressivamente il pattern del gruppo sinciziale quando si sente esposto ad una minaccia. Il gruppo sinciziale, infatti, è un'organizzazione simbiotica che facilita la sopravvivenza del gruppo nell'ecosistema/ambiente di fronte ad una minaccia di estinzione (Nesci, 1991). Secondo gli antropologi, infatti, il gruppo umano primordiale era un gruppo di madri che allattavano ed allevavano insieme i bambini per sopperire alle morti di parto e ridurre l'alta mortalità infantile perinatale (Briffault, 1927). Questo gruppo primordiale, inoltre, era psicologicamente sinciziale, e cioè privo dell'idea di individualità, per facilitare l'adattamento nell'ecosistema/ambiente. La fantasia di gravidanza/nascita, garantendo il naturale procedere del ciclo della vita, avrebbe funzionato da antidoto rispetto all'angoscia di morte che è sempre presente in un reparto di dialisi, ambiente pericoloso (ma anche portentoso, perché vengono mantenute in vita

persone altrimenti morte) in cui aleggia sempre il fantasma di un possibile incidente letale.

Di questo fantasma inquietante, che si è materializzato nell'evento luttuoso con cui ci siamo confrontati, e della fantasia corrispondente di gravidanza/nascita di un bambino alle psicologhe "ultime arrivate" nel gruppo degli operatori, si potrebbe però dare anche una lettura istituzionale diversa, considerando che è nell'aria, nel reparto, in questo stesso periodo, la possibilità di un cambiamento generazionale della leadership medica del Servizio. Indipendentemente dalle molteplici interpretazioni che si possono dare, e quindi dal fatto che una fantasia di gravidanza/nascita può anche riferirsi alle speranze di rinnovamento del leader del gruppo immaginario, quello che qui ci interessa sottolineare comunque è la tendenza dei pazienti in dialisi a ritrovare regressivamente un funzionamento mentale che è proprio dei gruppi umani primordiali.

Bibliografia

Bleger, J. (1966) Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In *Setting e processo psicoanalitico*, a cura di C. Genovese, R. Cortina, Milano, 1988.

Nesci D.A., Ferro F.M., Russo A., Tazza L., Luciani G. (1989) Prime esperienze di gruppo in un Centro di Emodialisi. In *Problemi psicologici e relazionali dei Centri Dialisi*, a cura di F. Vallino, Abetete Edizioni, Milano, pp. 73-76.

Nesci D. A. (1991) *La Notte Bianca*. Armando Editore, Roma.

Nesci D. A. (2000) L'immagine placentare nello studio etnopsicoanalitico delle comunità suicide: il leader come "filtro" del gruppo. *Doppio Sogno*, Giugno 2006.

Racamier P. (1993) *Il genio delle origini*. Psicoanalisi e Psicosi, R. Cortina, Milano.

Winnicott D.W. (1964) L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi. In *Esplorazioni Psiconalitiche*, R. Cortina, Milano, 1995.