

Domenico A. Nesci

L'immagine placentare nello studio etnopsicoanalitico delle comunità suicide: il leader come "filtro" del gruppo.

Relazione presentata al II Workshop Internazionale de The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals (I.I.P.R.T.H.P.), Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Roma, 14 Ottobre 2000.

TRASCRIZIONE INTEGRALE DEL WORKSHOP, CONTENENTE LA RELAZIONE DI DOMENICO A. NESCI, GLI INTERVENTI PREORDINATI DI ROBERT O. PASNAU (UNIVERSITY OF CALIFORNIA LOS ANGELES – U.C.L.A.) E GIAMPAOLO SALVATORE (UNIVERSITA' PONTIFICIA SALESIANA – U.P.S.) E LA CATENA ASSOCIATIVA COSTRUITA DAI PARTECIPANTI NELLA GIORNATA INTORNO AD ESSI.

Prof. Pietro Bria: Buongiorno a tutti e benvenuti! Come Primario del Servizio di Consultazione Psichiatrica di questo Policlinico Universitario ho l'onore di introdurvi al secondo Workshop organizzato dall'International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals nella nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia... Consentitemi due parole su Domenico [il Dr. Domenico Arturo Nesci] che conosco da quando comincio a frequentare, come studente interno, la Sezione Psichiatrica di quella che era, all'inizio degli anni Settanta, la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali. Fui io a prestargli il suo primo libro di Clinica Psichiatrica e, vista la sua passione, ad incoraggiarlo a diventare psichiatra e psicoanalista...

Vorrei innanzitutto elogiare questa sua iniziativa che ha due grandi meriti: portare tra noi personalità di altissimo livello nel panorama psichiatrico e psicoanalitico internazionale, dandoci così l'opportunità di scambiare esperienze e confrontare metodi di lavoro al fine di strutturare per i nostri studenti e per i nostri specializzandi dei percorsi formativi aggiornati e di qualità; promuovere lo sviluppo, nella nostra istituzione, del pensiero psicoanalitico.

Come forse tutti sapete Domenico è un Ricercatore dell'Istituto di Psichiatria e Psicologia di questa Università ed è uno psicoanalista della Canadian Psychoanalytic Society, della Southern California Psychoanalytic Society e dell'International Psychoanalytic Association - la celebre I.P.A. che fu fondata da Freud e da Jung, insieme, prima delle scissioni che caratterizzarono, e caratterizzano ancor oggi, il movimento psicoanalitico. Quello che invece molti di voi non possono sapere è che Domenico porta, nei Reparti e nei Servizi di cui è il consulente psichiatra, una filosofia di lavoro che coinvolge gradualmente tutta l'équipe curante... una filosofia che lo ha portato a trattare certe patologie (quelle più perturbanti, quelle di cui nessuno sembrava volersi occupare) ed a muoversi in un certo modo all'interno del Policlinico (supportando le équipes più a rischio di burnout, superando i limiti burocratici ogniqualvolta era in gioco il bisogno di un paziente, mediando in modo creativo le situazioni di conflitto istituzionale). Sicuramente è per queste stesse doti che è riuscito, anche all'estero, a tessere una rete di rapporti con psicoanalisti di tutto il mondo grazie a cui ha potuto fondare il suo istituto internazionale per la ricerca e la formazione psicoanalitica degli operatori sanitari.

Ma veniamo ora al tema di questa serie di tre Workshops internazionali e poniamoci una domanda provocatoria: cosa ci facciamo qui con il sapere psicoanalitico? Cosa ci facciamo mai, noi operatori sanitari, in un ospedale, con un sapere che molti pensano confinato al lettino dello psicoanalista?

Noi sono anni che diciamo che il sapere psicoanalitico non può essere riservato ad un'élite di privilegiati né chiuso in una torre d'avorio, dove rischia di divenire sterile, ma deve trovare una sua applicazione nell'assistenza sanitaria! E' chiaro che non è un'impresa facile, ma questo non è un buon motivo per non impegnarsi o, peggio, per teorizzare una incompatibilità tra psicoanalisi e psichiatria, tra psicoanalisi e medicina.

La psicoanalisi si fonda su una concezione rivoluzionaria della mente umana, che si basa sul riconoscimento dell'importanza dei livelli inconsci - che sono livelli affettivi... e che sono continuamente in gioco non solo nel paziente ma anche nell'operatore sanitario. E' necessario dare uno spazio all'operatore dove possa riflettere sulla risonanza emotiva dell'incontro col paziente; è necessario favorire la costruzione di luoghi di elaborazione e formazione diversi da quelli attuali; è necessario predisporre modalità di formazione permanente per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Ecco, i gruppi di formazione analitica che Domenico Nesci e Tommaso Poliseno (un altro nostro allievo, gruppoanalista, cui sono molto affezionato) conducono insieme, da anni, nei Corsi di Formazione e Perfezionamento in Psico-Oncologia, Psichiatria di Consultazione e Clinica Psicosomatica della nostra Facoltà, sono una modalità che risponde pienamente a queste esigenze. Per questo ne ho favorito, sin dall'inizio, la sperimentazione didattica: perché li ritengo fondamentali... Domenico e Tommaso conducono insieme gruppi di formazione per operatori sanitari da circa 20 anni e sono affiatatissimi... E' un piacere vederli al lavoro!

Ma oggi c'è di più! Tutto il Workshop si muove intorno ad una figura prestigiosa che ormai sono anni che ho l'onore di presentare e che è diventata per me familiare: il Professor Robert Pasnau!

E' una persona talmente ricca, da un punto di vista umano, che lo senti come un padre, come un nonno... [risata generale] Per me questo è fondamentale: prima di sapere quanto l'altro sa, è molto importante conoscerne le doti di umanità.

Non vi elenco i suoi titoli, perché sarebbe troppo lungo: vi dirò soltanto che è stato Presidente dell'American Psychiatric Association e che è uno degli opinion leaders mondiali della Consultation Liaison-Psychiatry. Ma soprattutto che è un grande umanista, radicato nel sapere medico-biologico e, nello stesso tempo, in grado di cogliere la globalità dell'esperienza del paziente, la sua vicenda personale... e questo è fondamentale per orientare la diagnosi e la terapia.

Stiamo preparando da anni, insieme a lui, un volume di Psichiatria di Consultazione dove mettiamo insieme l'esperienza italiana del "Gemelli" (con la collaborazione della Dottoressa Emilia De Rosa, per la psichiatria dell'età evolutiva, del Dottor Lucio Rinaldi per l'adolescenza, e di altri miei Collaboratori per le parti di loro competenza) con quella americana della University of California Los Angeles. Un incontro di modelli ed esperienze cliniche che è stato reso possibile dalla mediazione continua di Domenico, che ormai dal 1983 si reca ogni anno negli USA, ed ultimamente proprio al Neuropsychiatric Institute, dove lavora con Pasnau, oltre che al Department of Psychiatry dell'Harbor-UCLA Medical Center.

A questo punto vi auguro buon lavoro... oggi so che affronterete un argomento molto caro a Domenico il quale, attraverso un percorso medico, psichiatrico, psicologico e antropologico, dove si muove con un'agilità che ogni volta mi sorprende (io sono più analitico), vi parlerà della placenta che diventa una metafora complessa per spiegare fenomeni di psicopatologia sociale. Non potrò restare con voi per via di impegni, qui in Policlinico, ma vi sono spiritualmente vicino... Complimenti ancora a tutta l'équipe che ha organizzato l'incontro!

Dr. Nesci: Grazie per le tue parole... Prima di cominciarvi a parlare dell'imgo placentare, di Jonestown e del suicidio collettivo del Peoples Temple, penso sia importante riassumere il filo associativo che vi proponiamo nella giornata di oggi ed il metodo di lavoro con cui ci muoveremo. Oggi toccherà a me dare il primo stimolo, a Pasnau fare una libera associazione su questo stimolo e a quel punto ognuno di voi potrà portare la sua: un frammento clinico che vi sarà venuto in mente in modo spontaneo. Tutto questo materiale verrà registrato perché per noi è molto importante poterci riflettere, in tempi successivi... Dopo il coffee-break vi presenteremo un secondo stimolo (l'esperienza di un gruppo di operatori sanitari in un reparto di emodialisi) su cui la dottoressa Marcela Barria (una Collega panamense, Membro Ordinario della British Psychoanalytic Society e dell'I.P.A.) proporrà una sua libera associazione e ognuno di voi potrà fare, a sua volta, la sua libera associazione presentando una vignetta clinica evocata dall'esperienza vissuta in aula. In seguito ce ne andiamo tutti a pranzo ed alle 14,30 ci rivediamo qui e cerchiamo di ricostruire i

significati delle catene associative, di rielaborare il percorso del gruppo nel portare quel determinato materiale clinico, di riflettere sui nessi tra ricerca ed esperienza professionale.

Gli stimoli di oggi hanno entrambi a che fare con l'avvelenamento, che è un tema molto importante per noi operatori sanitari... Basti pensare al fenomeno del burnout, o più semplicemente a quei momenti in cui ci sentiamo "avvelenati" dall'essere coinvolti in tante sofferenze, a quando temiamo (coscientemente o inconscientemente) che il nostro lavoro abbia finito per intossicarci.

Forse, prima di introdurre il mio stimolo e parlarvi di Jonestown, dovrei fare una digressione e parlarvi di un antico rituale che illumina, da una prospettiva etnopsicoanalitica, tutto il problema del burnout...

All'origine il pharmakos non era solo una sostanza, ma era una persona in carne ed ossa. Nell'antica Atene i pharmakoi erano addirittura due, un uomo e una donna... Venivano onorati e accuditi dalla comunità per un anno intero finché, nel giorno stabilito, venivano spogliati e portati in processione per tutte le strade della polis tra due ali di folla eccitata... I pharmakoi avevano, come unico indumento, delle collane di fichi (bianchi e neri, a seconda del sesso) attorno al collo, e tutti i cittadini cercavano di colpirli sui genitali con rami di fico... Non dovete pensare che si trattasse di un rito sadico: il significato del gesto era quello di entrare in contatto, attraverso la mediazione del ramo di fico, con il sesso dei pharmakoi al fine di scaricare in loro la propria sterilità, la propria impotenza. Era questa, infatti, a quei tempi, in un'epoca cioè in cui la mortalità infantile era elevata, la principale modalità in cui si esprimeva l'angoscia esistenziale della comunità: l'angoscia di estinzione come angoscia di impossibilità a riprodursi. Trasferire concretamente questa angoscia (Freud, come sapete, parlava di angoscia di castrazione...) sul corpo dei pharmakoi era il transfert arcaico con cui il gruppo umano cercava, ritualmente, di curare sé stesso costruendo attivamente un suo doppio, un capro espiatorio su cui proiettare tutta la propria distruttività interna. Al termine del rito, infatti, i pharmakoi venivano condotti fuori dai confini della città, bruciati vivi, e le loro ceneri disperse al vento... Burnout... Bruciare fuori, letteralmente...

Qui mi fermo, con questa "digressione"... E da qui ricomincio, col racconto di un gruppo che ha finito per ripercorrere, in modo assolutamente inconscio, tutte le tappe del rituale ateniese dell'espulsione dei pharmakoi... raccogliendo tutta una serie di figure marginali della collettività (così come marginali erano i due soggetti scelti per impersonare i pharmakoi) concedendosi tutta una serie di ambigue gratificazioni (simili a quelle che venivano concesse ai pharmakoi), per poi trasferirsi fuori dai confini della madrepatria (dagli USA alla giungla della Guyana) e lì celebrare la loro ultima "Notte Bianca" (un ossimoro in cui ritorna il tema dei fichi bianchi e neri...) avvelenandosi tutti insieme, con una pozione al cianuro, in una nuova edizione del rituale antico dell'ordalia del veleno...

Ma di nuovo concedetemi di fermarmi per anticiparvi, con un'altra apparente digressione, il contenuto della "libera associazione" di Pasnau...

Ieri sera, sotto la volta affrescata dal Pinturicchio, nel palazzo Della Rovere, oggi trasformato nel salone di un noto albergo romano, Bob [Pasnau] mi ha detto: "sai ti ho portato una cosa che forse non c'entra per niente..." ed io: "Che cosa?" – gli ho chiesto - in realtà già ben allertato da quella sua "negazione" che, nel linguaggio dell'inconscio è il segno distintivo esattamente del contrario, del fatto cioè, che la "cosa" doveva invece "entrarci moltissimo"...

Bene, era proprio così: Bob aveva spontaneamente (e inconscientemente) portato una bellissima libera associazione alla mia presentazione/stimolo sull'avvelenamento di Jonestown! Non me sono stupito: ormai c'è una tale familiarità tra noi...

Bob aveva da molti anni lasciato sepolto in un cassetto un lavoro non pubblicato... Doris Finck (la sua straordinaria segretaria, che lavora anche per me nei periodi in cui sono Visiting Professor a U.C.L.A., la tipica signora americana, efficientissima, ancora al lavoro pur avendo superato da tempo i 70 anni – negli USA l'organizzazione del lavoro è molto più elastica e razionale: si è premiati se si vale, si è licenziati se non si produce, si può ridurre l'orario di servizio personalizzando il proprio contratto e lavorando in funzione della propria voglia o capacità di

farlo...) gli aveva suggerito di portarlo a Roma per me: “Vedr , Professore, Domenico sar  contentissimo...”

L’inedito dimenticato nel cassetto aveva a che fare con una scoperta interessante: la diagnosi della malattia di Francisco Goya, il grande pittore spagnolo. Contrariamente alle opinioni dei suoi contemporanei, che ritenevano l’artista malato di sifilide, Bob aveva intuito che l’artista soffr  in modo grave di una sindrome di avvelenamento da piombo... Il colore bianco che all’epoca si usava per dipingere, infatti, conteneva piombo. Ma la cosa pi  straordinaria, aldil  della brillante diagnosi,   l’osservazione del fatto che questa sua terribile malattia fu trasformata da Goya in un punto di svolta che gli consent  di raggiungere vette altissime nella sua produzione artistica.

Bob, che   americano, figlio del Nuovo Mondo, e quindi pi  vitale ed ottimista di noi, ci ha portato un’associazione che evidenzia come non ci sia solo un avvelenamento distruttivo (l’ordalia del veleno a Jonestown) ma anche un avvelenamento che pu  prendere una strada creativa...

Premesso questo, vi dar  il mio stimolo sulla vicenda del suicidio collettivo del Peoples Temple... [in tono scherzoso] reggetevi forte!

Bene, possiamo andare con la prima diapositiva... [fig. 1] Non so quanti di voi ricordano Jonestown: 18 novembre 1978, 900 persone che si suicidano tutte insieme nella jungla della Guyana... Questa immagine, dove vedete tanta gente sorridente immersa nell’acqua di una piscina, illustra molto bene il tipo di gruppalit  che bisogna costruire per arrivare ad un suicidio collettivo... Il rito   possibile solo se tutti i membri del gruppo sono talmente uniti che nessuno si tira indietro e tutti insieme vanno entusiasticamente verso la morte. Ma quella che vedete non   semplicemente una piscina coperta...   l’interno della prima chiesa che Jones fece costruire, negli anni Sessanta, in California... Jones fece costruire, prima della chiesa, questa piscina... la gente stava tutta dentro l’acqua, tutti insieme, tutti felici, donne e bambini a sguazzare... serviva a costruire un’atmosfera di simbiosi, tutti insieme per costruire un certo tipo di gruppalit . Sulla piscina venne poi edificata la chiesa.



Fig. 1

La prossima diapositiva, per favore... [fig. 2] Qui vedete che tipo di gruppalit  veniva promossa... Queste diapositive vengono da una cassetta di metallo, che ho recuperato nello scantinato dell’ex-avvocato del People Temple, a San Francisco... Sono state fatte dai membri stessi del gruppo per promuovere la propria immagine: madri e bambini... vedete due giovani donne, una bianca e una nera, con un’infinit  di bambini vicini... bambini di tutte le razze... Certo non potevano essere i

loro figli naturali! A livello inconscio, il gruppo si concepiva, dunque, come una madre di bambini, al di là dei limiti del tempo e dello spazio.



Fig. 2

La successiva... [fig. 3] Qui vediamo il coro... il gruppo aveva un coro formidabile perché nel coro le singole voci si perdono e si costruisce un'unica potente voce gruppale. Di nuovo il superamento di un limite...



Fig. 3

La prossima... [fig. 4] Questa è la copertina del Leviathan, di Thomas Hobbes, così come appare nell'edizione del 1651...



Fig. 4

Questa immagine fa capire in modo immediato come mai io abbia pensato di definire come “sinciziale” questo tipo di gruppo. In realtà l’espressione è di Eugenio Gaddini, uno dei miei maestri, negli anni della mia formazione psicoanalitica, a Roma.

Gaddini parlava di gruppo sinciziale in un altro contesto, alludendo alle “comuni” sessantottine, dove si viveva tutti insieme, si stava tutti insieme, si perdevano i limiti ed i confini individuali. In questa immagine però si vede molto bene che cos’è il gruppo sinciziale. Quello è il corpo del re, ma se guardate con attenzione vi accorgete che quel corpo è formato in realtà da tanti piccoli omini...

piccoli, piccoli, piccoli... è il popolo. Il popolo come gruppo sinciziale dove l'individuo non esiste in quanto tale ma solo in quanto membro di un gruppo, solo in quanto suddito di un corpo virtuale: il "Body Politic" del re. Questo è il gruppo sinciziale: un gruppo nel quale l'individuo si perde. Interessantemente, nell'immagine del Leviathan, il Re sembra nascere dal corpo della madrepatria... vedete qui la terra, le città, le campagne... sembra un bambino che viene partorito dalla madre patria, incoronato dalla sua placenta. Il secondo concetto infatti, che non può essere disgiunto da quello di gruppo sinciziale, è quello di leader placentare. In questa prospettiva il leader assume delle funzioni placentari, fa come da placenta, da filtro, tra il corpo della madrepatria-ambiente, l'ecosistema, ed il popolo-bambino... Nel corpo biologico il mediatore è la placenta, nel corpo sociale il mediatore è il leader placentare, che periodicamente deve essere scartato o rigenerato per consentire un nuovo ciclo di accrescimento al popolo-bambino all'interno della madrepatria... Originariamente questa funzione era assolta dai re sacri, progressivamente essa è stata delegata ad altri personaggi sacri, come i pharmakoi nell'antica Atene, quelli di cui vi parlavo prima. Il leader placentare, nella fantasia del gruppo, ha una doppia funzione: accrescitore e pharmakos. Da un lato consente il passaggio di sostanze nutritive dall'ambiente-corpo-della-madre al popolo-bambino, dall'altro filtra le sostanze di rifiuto ed evita che il bambino si avveleni con tutti i prodotti di scarto del suo metabolismo.

La prossima diapositiva... [fig. 5] Qui si vede bene l'embrione e la placenta... osservate in particolare quel tessuto verde... Da quello deriverà la parte più importante della placenta: il sincizio - un tessuto dove le singole cellule individuali perdono la membrana limitante e diventano un unico insieme, un "grande gruppo" cellulare con tanti nuclei, tutti fluttuanti in un mare di citoplasma.

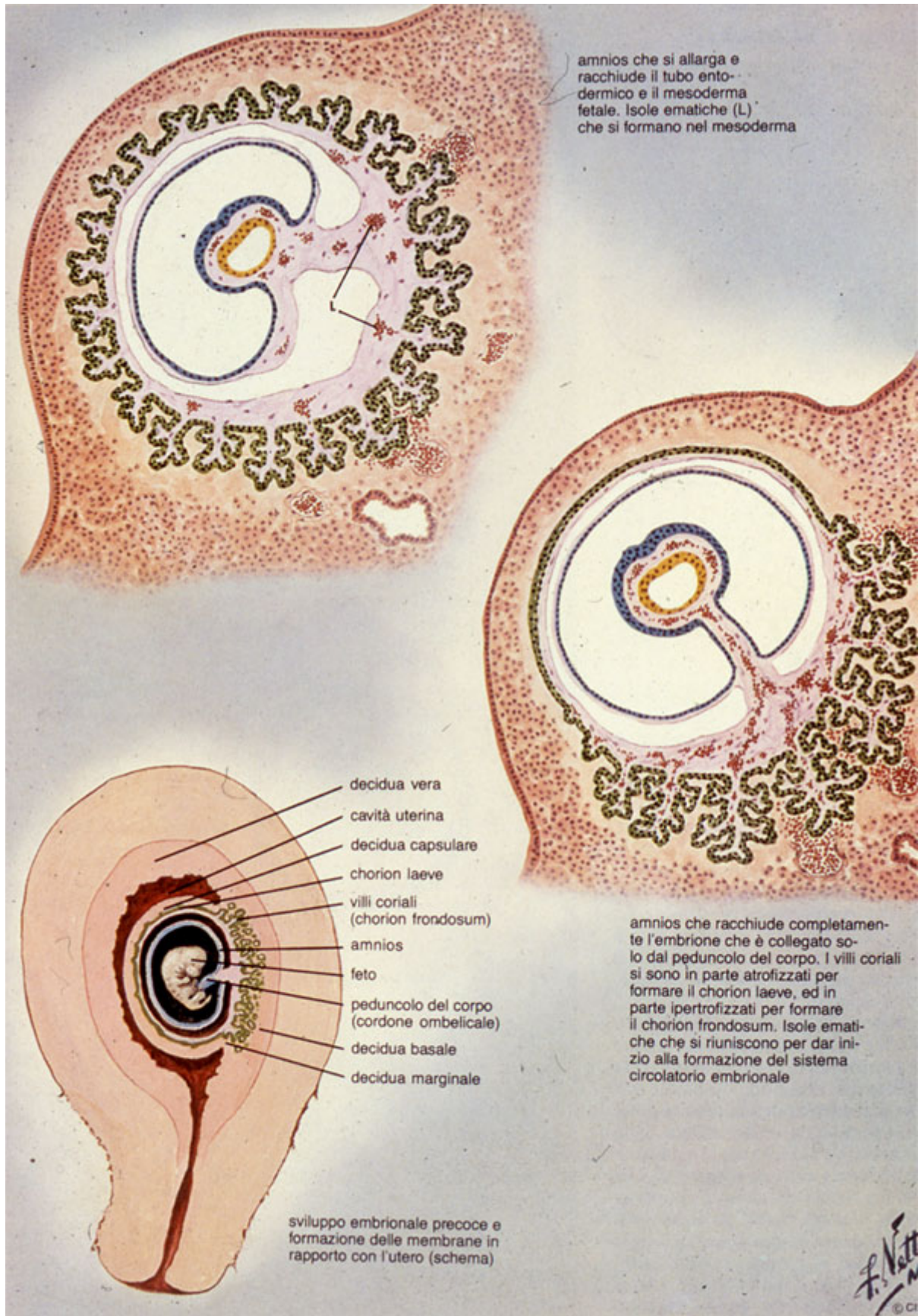


Fig. 5

La prossima... [fig. 6] E questo è un depliant del Peoples Temple... Qui c'è l'albero della vita, con le acque della vita, all'interno di un ovale... L'immaginario collettivo evocato inconsciamente dal gruppo è, di nuovo, quello dell'imago placentare.

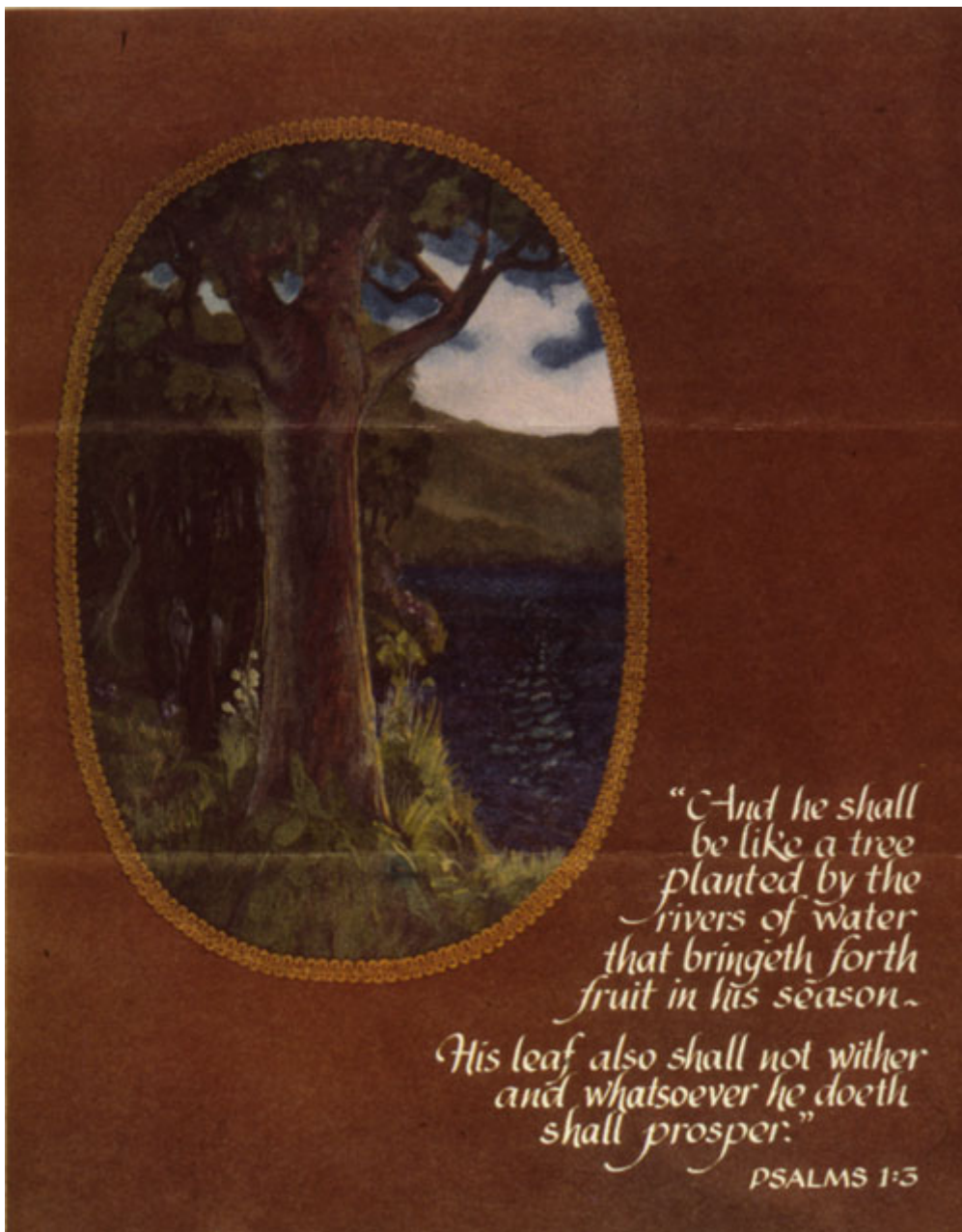


Fig. 6

Per familiarizzarsi meglio con questa equivalenza simbolica tra alberi e placenti vi mostrerò ora un quadro dove la placenta è raffigurata come un albero, l'albero della vita, appunto... A molti di voi questa immagine è già familiare perché l'abbiamo scelta, con Tommaso [Poliseno], per la copertina di un nostro libro... [fig. 7]



Fig. 7

La successiva... [fig. 8] Questo è quello che si vede aprendo il depliant che prima vi avevo mostrato: in uno scenario arboreo, tra foglie e rami dell'albero della vita, ecco che trovate le testimonianze dei fedeli... alcuni passi tratti da due lettere che testimoniano i miracoli ricevuti.

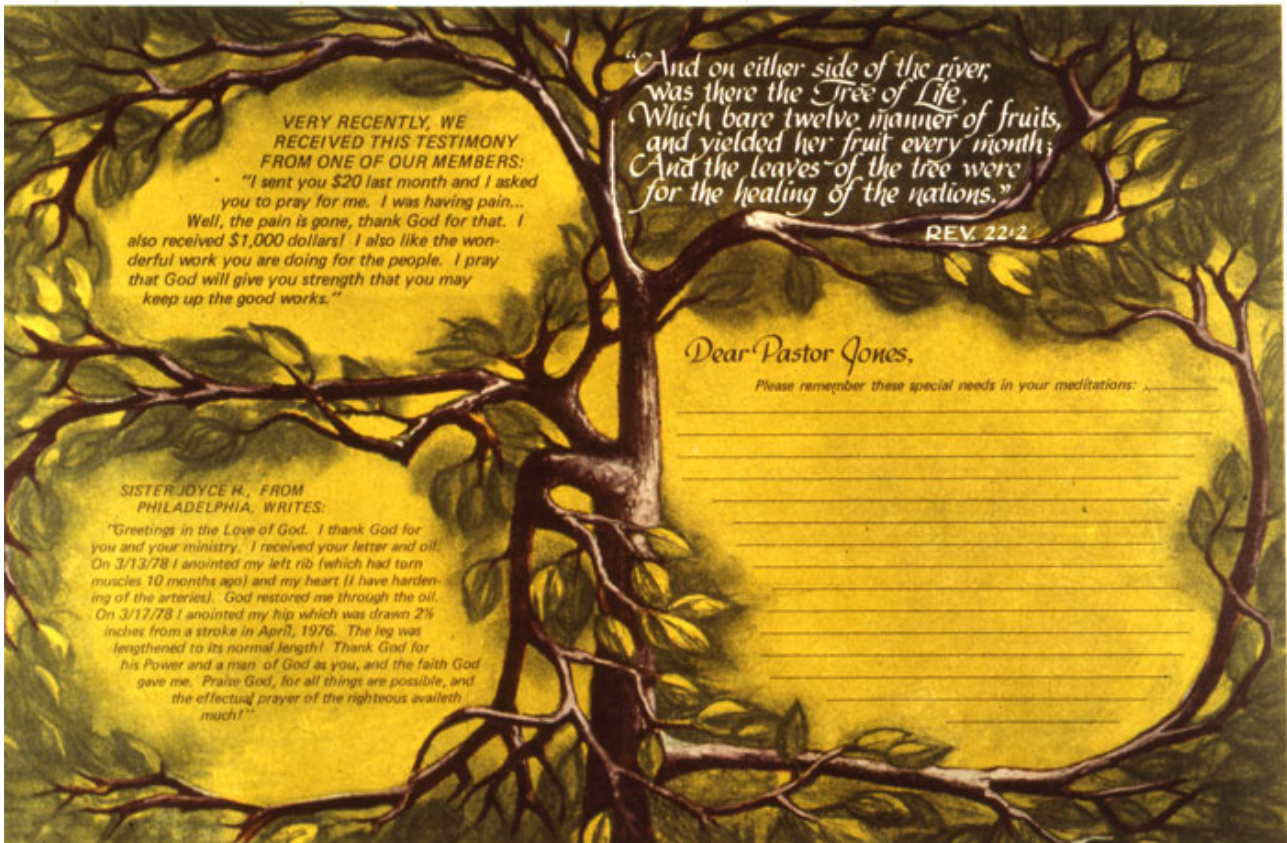


Fig. 8

Leggiamo la prima... si tratta di un fedele con un disperato bisogno di soldi a cui è arrivato un assegno di 1000 dollari per posta: un miracolo! (In America i soldi si mandano per posta... e non li rubano! E non è un miracolo...). [risate] Lui aveva donato i suoi ultimi venti dollari e Jones, la provvidenza, gli aveva fatto arrivare, chissà come [con tono ironico] i 1000 dollari. Un miracolo d'accrescimento, tutto placentare... "ti do tutto quello di cui hai bisogno senza neanche che tu lo debba chiedere..." è come se arrivasse la manna dal cielo...

La seconda lettera evidenzia l'altra funzione placentare: l'eliminazione del male interno... Il fedele di Jones scrive di aver unto con un olio, benedetto dal Reverendo, il suo corpo malato (altre volte veniva applicata una foto benedetta raffigurante il leader del gruppo) ed è magicamente guarito... Come dire: "Ti sei preso il mio male interno ed io sono salvo!" Ecco che cos'è la funzione placentare: far crescere e prosperare il popolo-bambino e togliergli tutto il suo male interno. Nella fantasia inconscia del gruppo, il leader placentare è questo... Ma, ovviamente, c'è il trucco. Se guardate qui, in questa parte bianca del depliant, c'è già abbozzata una lettera da inviare al Reverendo Jones con ampio spazio per descrivere i "bisogni speciali" del fedele. Era qui che uno poteva scrivere che aveva bisogno di mille dollari, o di una qualunque altra cosa. Tra tutte le lettere che riceveva Jones ne sceglieva una, mandava l'assegno per l'importo esatto e otteneva così una nuova lettera di testimonianza di un "miracolo" da pubblicare il mese dopo... un ciclo che poteva continuare all'infinito.

La successiva... (fig. 9) In quest'altro depliant del Peoples Temple vedete Jones che insieme al suo gruppo-corpo-meccanico (qui ci sono degli autobus a costruire parte del suo corpo, invece dei piccoli sudditi dell'immagine del Leviathan, segno di una regressione del gruppo verso l'inanimato...) protegge i suoi seguaci, i "veri credenti", dai quattro Cavalieri dell'Apocalisse... Il leader, re sacro doppio del gruppo, viene presentato come protezione dal male, dall'odio, dal razzismo, dall'inquinamento (la nube tossica della figura)...

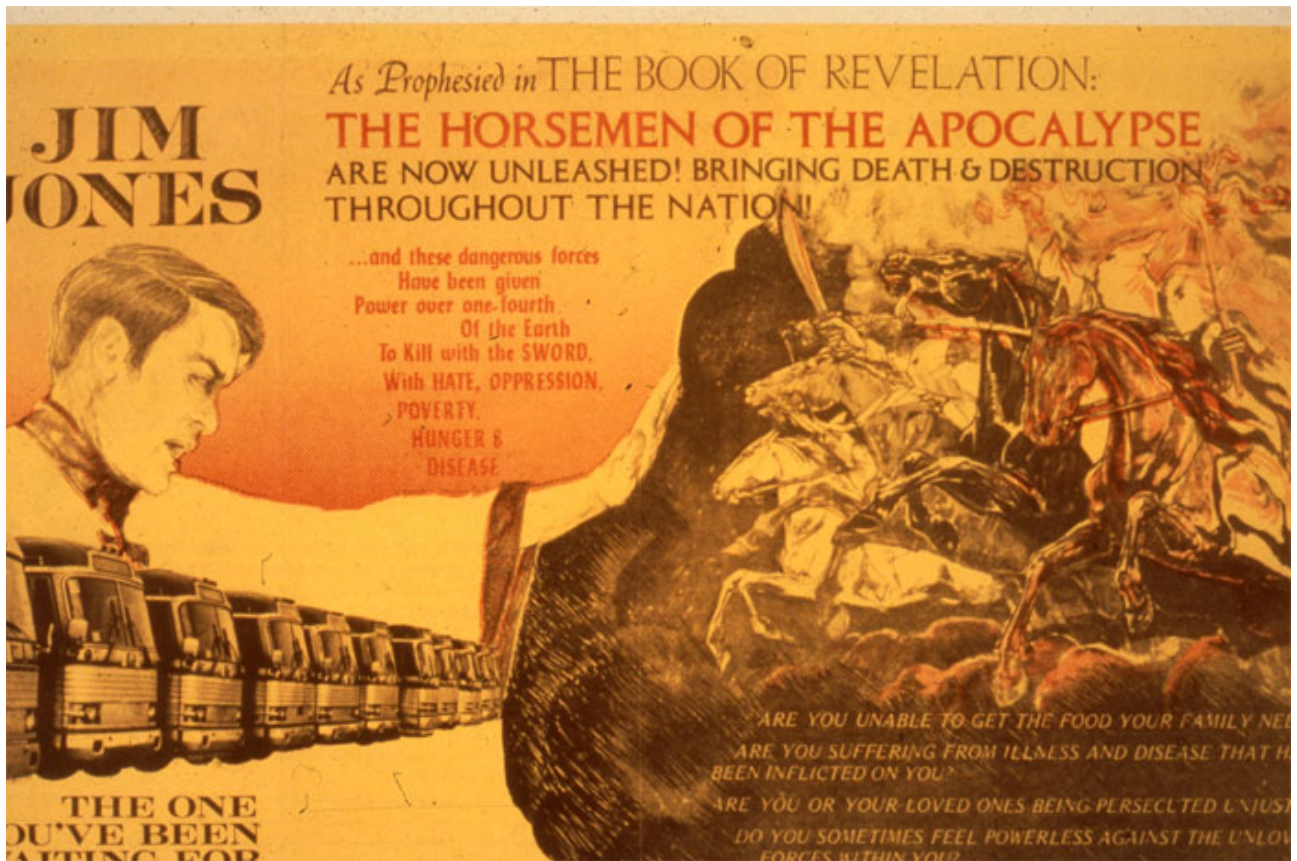


Fig. 9

La successiva... (fig. 10) mostra le foto benedette, che non potete vedere bene perché sarebbero state corrose/scolorite/insanguinate da tutto il male dei fedeli che si sarebbe trasferito sulle immagini facendo guarire il seguace di Jones... ovviamente è tutto finto: succo di pomodoro, scolorina... però è "bello", non solo come realizzazione grafica, ma anche come realizzazione di un profondo desiderio inconscio: la fantasia è quella di un leader placentare, di un leader che, come la placenta, prende su di sé tutto il male del suo popolo-bambino e che lo fa crescere sano e felice.

"When I was so sick, it came to me to take the picture and lay it on me. I did, and I got relief... May God ever bless you."

"While undergoing chemotherapy treatments, I wrote for prayer and my sister sent me two anointed pictures of Pastor Jones. I placed them on painful areas of my body. The picture faded and blood appeared on the picture. I feel that I have received a miracle—the pain is gone in these areas. Thank you, Pastor Jones, for your prayers and meditations. God bless you and the Peoples Temple Church." —S. Greenly



"I was having terrible pains in my stomach. I placed your picture there. In a very short time, it completely disappeared. My stomach seemed to have blood on it where the picture had been—the pain was completely gone. Praise God! Thank you, Pastor Jones." —D. J.

"When I went to the doctor my blood pressure was dangerously high. Then I received your picture, and put it on my chest. I started feeling better immediately, and I noticed the picture started to fade away. When I went back to the doctor, he asked me, 'Did you leave your high blood pressure at home?' Thank you again, Pastor Jones. I know God healed me through your picture. Here it is—as you can see, it has almost entirely disappeared!" —Mrs. Opal G.

HOW TO MEDITATE

Test your faith—and you will find that love is greater than any distance! In your meditations at 6 o'clock, look at the picture of Pastor Jones with the toucan. Think of him meditating for you and with you at that very same moment. If you have a special need or concern, you may ask for guidance or blessings in that area **BEFORE** you begin, but **TRY NOT TO THINK OF IT DURING YOUR MEDITATION**. Instead, let your mind rest on these thoughts: *God is Love, and with Love all things are possible*. Do this and you will feel refreshed and peaceful. It may be that you will feel an immediate answer to your special problem or concern. Or perhaps in a few days something will happen to ease the situation that is troubling you.

Fig. 10

La successiva... (fig. 11) Qui Jones fa vomitare il "cancro"... Sempre tutto finto, naturalmente, ma quello che a noi interessa qui è la dinamica, non la realtà del fatto. Mi viene in mente che Goldoni diceva che le bugie erano "spiritose invenzioni"... Jones si era inventato che poteva far vomitare il cancro, e questa è certo una bugia ricca di significati profondi se pensiamo al vomito come frequente effetto collaterale delle chemioterapie... Ma torniamo al Peoples Temple.



Fig. 11

Ovviamente il cancro non c'era, né nel fedele a cui Jones lo diagnosticava con i suoi presunti poteri paranormali né nella mano con cui pretendeva di averlo estratto: quello che stringeva, alla fine dell'operazione, che consisteva nello stimolare il riflesso del vomito infilando la mano nella bocca del "paziente", erano solo dei pezzi di pollo putrefatto che aveva in precedenza nascosto dentro la manica e che poi tirava fuori, al momento giusto, dicendo che quello era il cancro che aveva estratto dal corpo del fedele. Ma questo male interno che il leader placentare tira fuori dal corpo dei membri del suo gruppo, dove va a finire? La placenta non può far altro che passarlo al corpo della madre, sperando che sia lei, poi, a metabolizzarlo. E così fa pure il leader placentare...

La diapositiva (fig. 12) mostra Jones che scruta col binocolo, dall'alto di una garitta della sua Chiesa di Redwood Valley, alla ricerca dei suoi nemici. Dove stanno i nemici? Anche in questo caso era tutta una fabbricazione menzognera. Era lui stesso, o qualcuno dei suoi fedelissimi, che metteva gatti morti davanti alla porta del Tempio o faceva esplodere colpi di pistola per inverare un nemico esterno... era lui che proiettava tutto questo negativo fuori dal suo corpo di leader del gruppo, costruendo attivamente una visione persecutoria del mondo.



Fig. 12

Vediamone ora alcune immagini... (fig. 13) La diapositiva mostra la prima pagina di un numero del Peoples Forum, il giornale del People Temple. Come vedete si parlava solo di catastrofi: epidemie, carestie, cambiamenti climatici, una madre che non ha latte da dare al suo bambino...

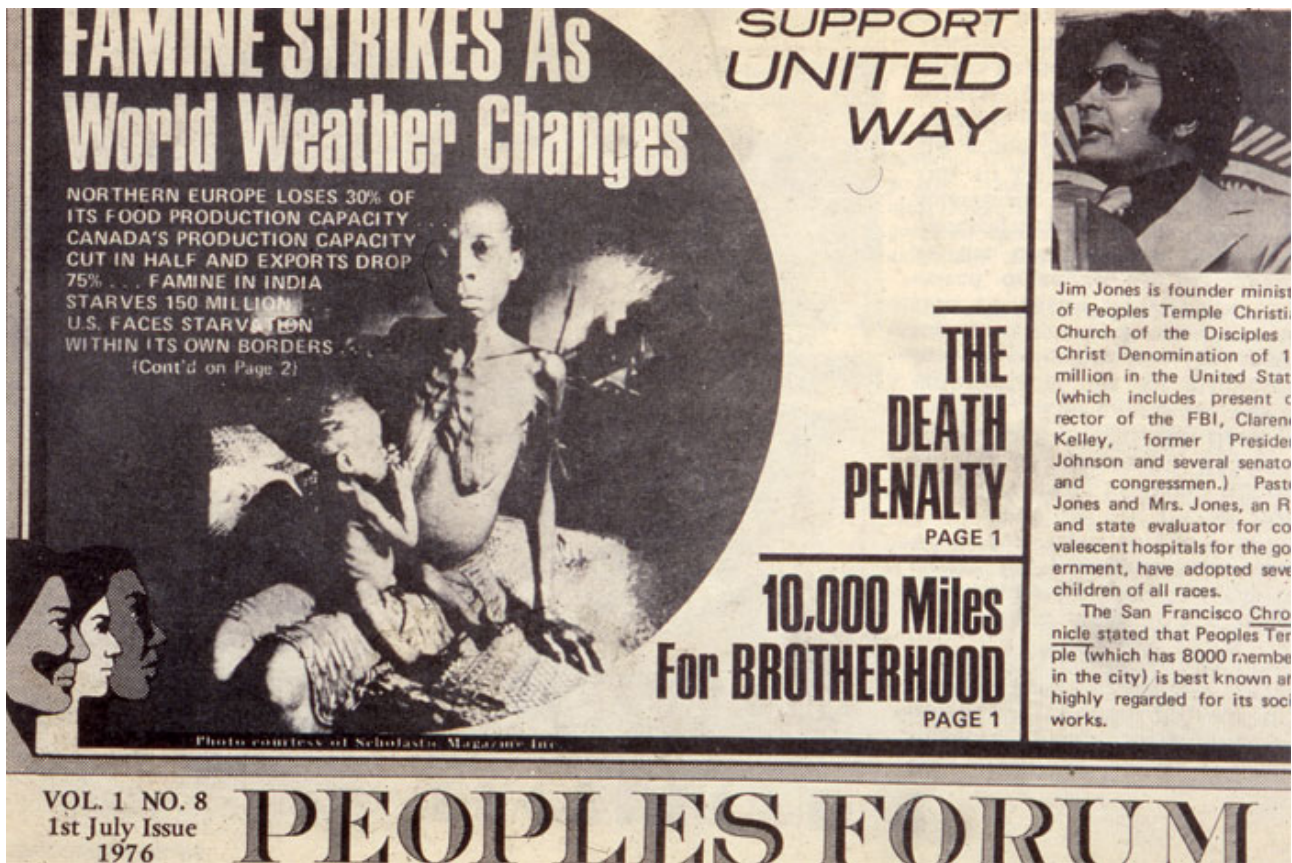


Fig. 13

E poi ancora... (fig. 14) Catastrofe globale, massacri di foche bambine...
Ed è così che un gruppo che si sente perseguitato dal male organizza il suo ultimo esodo e si rifugia a Jonestown, in mezzo al mare verde della jungla...



Fig. 14

La successiva... (fig. 15) Ecco, è lì che Jones costruisce la sua Utopia... è quello con la maglietta rossa.



Fig. 15

La successiva... (fig. 16) Come vedete, per arrivare a Jonestown ci voleva una barca, bisognava fare un viaggio iniziatico, navigare sulle acque... La Guyana porta le acque nel suo stesso nome, che è un termine amerindio che significa "Terra dalle molte acque"... Come vedete siamo di nuovo in un ambiente amniotico, pieno d'acqua, come il bambino che nell'utero sta dentro l'acqua...



Fig. 16

Ecco... questa è la foto simbolo di Jonestown: un bambino nella sabbia, con gli occhi chiusi, il corpo sepolto dentro la madre-terra (fig. 17)... ma qui siamo di fronte ad una versione particolare della madre-terra... questa non è terra ma sabbia... la sabbia del mare... La sabbia è un sincizio: tanti piccoli granelli persi ormai alla loro individualità, perché il loro senso è ora quello di essere sabbia... un gruppo sinciziale.



Fig. 17

Cosa c'è nell'espressione di questo bambino? E' vivo, è morto, è addormentato... fantastica... o forse sogna? Noi regrediamo sempre a questi livelli sinciziali, prenatali, per ritrovare la nostra creatività; ma lì c'è il bivio: quei livelli possono darci il massimo della creatività, oppure, quando vengono orientati negativamente, il massimo della distruttività. Nel caso di Jonestown sarà così... il gruppo finirà in un suicidio collettivo per il timore di potersi smembrare, per il timore di perdere un bambino... Non vi dico altro... il resto della storia potrete scoprirlo andando a leggere il mio libro sulla "Notte Bianca" di Jonestown, sul rito di morte del Peoples Temple. Mi fermerei qui... penso che quello che vi ho detto sia sufficiente come stimolo... E darei la parola a Bob [Pasnau] per la sua

libera associazione: un caso clinico in cui il veleno assume valenze e significati diversi... pieni di colori.

Se preparate il secondo proiettore... Grazie... [applausi]

Prof. Pasnau, psichiatra: [in tono spiritoso] Grazie per avermi dato la possibilità di fare una libera associazione... il mio inconscio, stimolato dall'invito di Domenico [Nesci] a venire qui a parlare di Jonestown, mi ha portato ad aprire un cassetto e a ritrovare un mio vecchio lavoro su Goya. Negli ultimi dieci anni ho lavorato come Responsabile del Servizio di Psichiatria di Consultazione a UCLA che è uno dei centri che fa il maggior numero di trapianti di rene al mondo. Ho visto più di mille persone "avvelenate" da malattie renali - in realtà il paziente renale è proprio intossicato in quanto i suoi reni non funzionano più e quindi non filtrano più il suo sangue dalle scorie cataboliche. Ma, nel caso di Goya, la malattia è stata molto particolare, perché l'artista è stato avvelenato dalla sua stessa pittura...

Sono sempre stato affascinato da come alcuni pazienti riescono a trasformare un'esperienza di malattia in un'esperienza creativa... e Goya rientra sicuramente tra questi pazienti, avendo la terribile malattia di cui era affetto fatto arrivare la sua arte a livelli altissimi che prima non aveva assolutamente raggiunto. Nel suo ultimo quadro, ad esempio (Goya visse fino a 82 anni), si trova qualcosa di estremamente creativo pur essendo lui al culmine di un avvelenamento micidiale (ritornerò su questo più avanti). Un secondo punto che mi interessa evidenziare in questa straordinaria storia clinica è che, pur essendo la sua una malattia assolutamente fisica, le tre grandi crisi acute si verificarono in tre momenti precisi della sua vita in corrispondenza di eventi molto significativi sul piano psicologico.

Non disponiamo di una biografia definitiva di Goya... Nacque nel 1746 a Fuendetodos, vicino Saragozza, nel regno di Aragona. Tradizionalmente il popolo aragonese è descritto come gente indipendente, brusca, rude, cruda... Di loro si parla come di tipi "cocciuti come muli" e, da quello che sappiamo, Goya rientrava perfettamente in questo ritratto. Cominciò dapprima col decorare la chiesa del suo paese, poi andò a Madrid, infine a Roma dove fece una vita molto burrascosa (si racconta che scalò persino un muro per riuscire ad introdursi, nottetempo, in un convento di suore). Dopo alcuni anni passati a Roma, deluso per non aver ottenuto il riconoscimento che desiderava, tornò al suo paese d'origine, prese moglie, e cominciò a condurre una vita più tranquilla.

Le cose cominciarono ad andare bene, divenne un ritrattista popolare e molto richiesto, fu introdotto nell'Accademia e vinse le sue prime commissioni per comporre i motivi per una fabbrica di tappeti che riforniva anche la Casa Reale. I primi suoi lavori [nel frattempo scorrono le diapositive] vi mostrano il tipo di arte che produceva all'inizio, un'arte tradizionale... che piaceva a tutti (figg. 18, 19, 20, 21, 22).



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22

Ma, a quel punto, cominciarono a succedere tutta una serie di eventi negativi: non riuscì ad avere figli, perché alla moglie morivano tutti, o durante la gravidanza o subito dopo il parto, ed ebbe dei problemi con la Chiesa che considerò non ortodosso un suo affresco. Ed è a in questo momento che Goya (siamo nel 1778) a 32 anni ebbe la sua prima grave crisi di una malattia che rimase, all'epoca, non diagnosticata... finché, dopo qualche mese, miracolosamente guarì. All'epoca, ma anche successivamente, si ipotizzò che la malattia potesse essere la sifilide, mentre noi pensiamo oggi che quello fu il primo grave attacco di un'intossicazione da piombo. Dopo la guarigione, Goya riprese tutte le sue attività.

Con i ritratti, dipinti secondo lo stile dell'epoca, ebbe talmente successo che divenne il pittore ufficiale della Casa Reale, si comprò una carrozza e cominciò a farsi chiamare "sua eccellenza". Sempre in quel periodo si disamorò della moglie e cominciò ad avere una relazione con la duchessa d'Alba (La celebre Maja Desnuda). Nel frattempo, però, la fabbrica di tappeti chiuse per motivi politici, e questo rappresentò per lui un grosso danno. Se la sua carriera si fosse conclusa qui, sarebbe passato alla storia come un bravo pittore di corte, come tanti altri...

Ma qui ebbe invece un nuovo attacco acuto della malattia, proprio nel momento in cui si separava dalla moglie e, contemporaneamente, entrava in crisi il rapporto con la duchessa (per la sua gelosia morbosa) e la fabbrica di tappeti chiudeva. I sintomi della malattia erano gravi: disturbi dell'equilibrio, confusione mentale, allucinazioni, convulsioni, perdite di coscienza, paralisi del lato destro del corpo, difetto dell'udito e della parola, ronzii continui all'orecchio e soprattutto parziale cecità. Chiaramente si trattava di una malattia del sistema nervoso e sembrò un miracolo che fosse sopravvissuto. Lentamente, nel corso di alcuni mesi, riuscì a recuperare senza esiti permanenti, tranne la sordità.

Rimase, infatti, sordo, per tutto il resto della sua vita... e a partire da quel momento la sua personalità e la sua arte mutarono definitivamente. Guardate come cambia tutto: [continuano a scorrere altre diapositive dei suoi quadri] qui comincia la serie dei famosi "Capricci" - che dipingeva solo per se stesso, non per commissione (figg. 23, 24, 25).



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25

Questo è l'autoritratto... Se osservate l'espressione della facies, nell'autoritratto, vi rendete conto che è quella di una persona tormentata e sotto l'effetto di fantasie paranoide (fig. 26).



Fig. 26

Ecco la Maja che lui dipinse dopo che era finito il loro rapporto (figg. 27, 28). Questo è il secondo nudo della storia dell'arte e fu uno dei motivi per cui fu interrogato, successivamente, dall'Inquisizione spagnola.



Fig. 27



Fig. 28

La sua arte continua a collocarsi nel mondo dell'irrazionale e del sogno. La follia, l'ipocrisia, l'incubo si succedono uno dopo l'altra... [continuano a scorrere altre diapositive] Ci sono un sacco di disegni di inquisitori con teste di animali, signore con delle sedie sul capo al posto dei capelli,

animali che cavalcano delle persone... ecco il celebre capriccio 43 (fig. 29), dal titolo “Il sonno della ragione genera mostri”... non era mai stato dipinto niente di simile prima di allora!



Fig. 29

Ma se nel mondo interno di Goya c'era stato tutto questo cambiamento anche fuori ne succedevano di tutti i colori: la sua amante fu assassinata in circostanze misteriose, probabilmente dal marito, Napoleone invase la Spagna ed in tutto il paese venivano compiute innumerevoli atrocità (figg. 30, 31).



Fig. 30



Fig. 31

Si dice che Goya uscisse di notte per disegnare tutti i cadaveri mutilati che vedeva abbandonati all'aperto. Fu l'epoca della guerriglia e delle rappresaglie: ogni volta che venivano assassinati dei soldati francesi venivano massacrati i civili nei villaggi. Poi, finita la guerra con la Francia, scoppiò la guerra civile, che fu vinta dai monarchici e si concluse con la restaurazione della Monarchia. [scorre il quadro della guerra] Questo quadro mi fa venire in mente l'immagine del Leviatano inglese che tu [rivolto al dott. Nesci] ci hai mostrato prima come metafora del gruppo sinciziale (fig. 32).



Fig. 32

Nel museo del Prado, le opere sono esposte in ordine cronologico ed il cambiamento dell'arte di Goya si vede in modo drammatico, questo quadro [la guerra] visto dal vivo, nella sua collocazione del Prado, fa rimanere scioccati per la sua potenza. [scorrono altri dipinti] Ritornò l'Inquisizione che riprese ad esaminare il fascicolo di Goya che però fu assolto e ripreso a Corte. In questo periodo comprò la casa che sarebbe divenuta famosa con il nome "la quinta del sordo" e a questo punto ebbe la terza e grave crisi: è di questo periodo un altro celebre autoritratto, in cui sono evidenti i segni della malattia ed in cui Goya dipinse anche il suo medico accanto a sé (fig. 33). [scorre la diapositiva con il quadro]



Fig. 33

Qui possiamo fare con certezza, grazie ai segni clinici evidenti, la diagnosi di avvelenamento da piombo. Comincia il periodo nero di Goya: temeva di morire e nello sguardo disperato dei soggetti che dipingeva c'è come un tentativo di guardare al di là della vita per vedere cosa ci fosse... doveva essere molto depresso (figg. 34, 35, 36). [scorrono altri quadri, il Sabba e le streghe, Saturno che divora i suoi figli]



Fig. 34



Fig. 35



Fig. 36

Saturno che divora i suoi figli mi fa associare con Jones, un padre che divora i suoi figli... ecco in quest'altro quadro si vede un cane che sta affondando nelle sabbie mobili, si vede solo il muso (fig. 37).

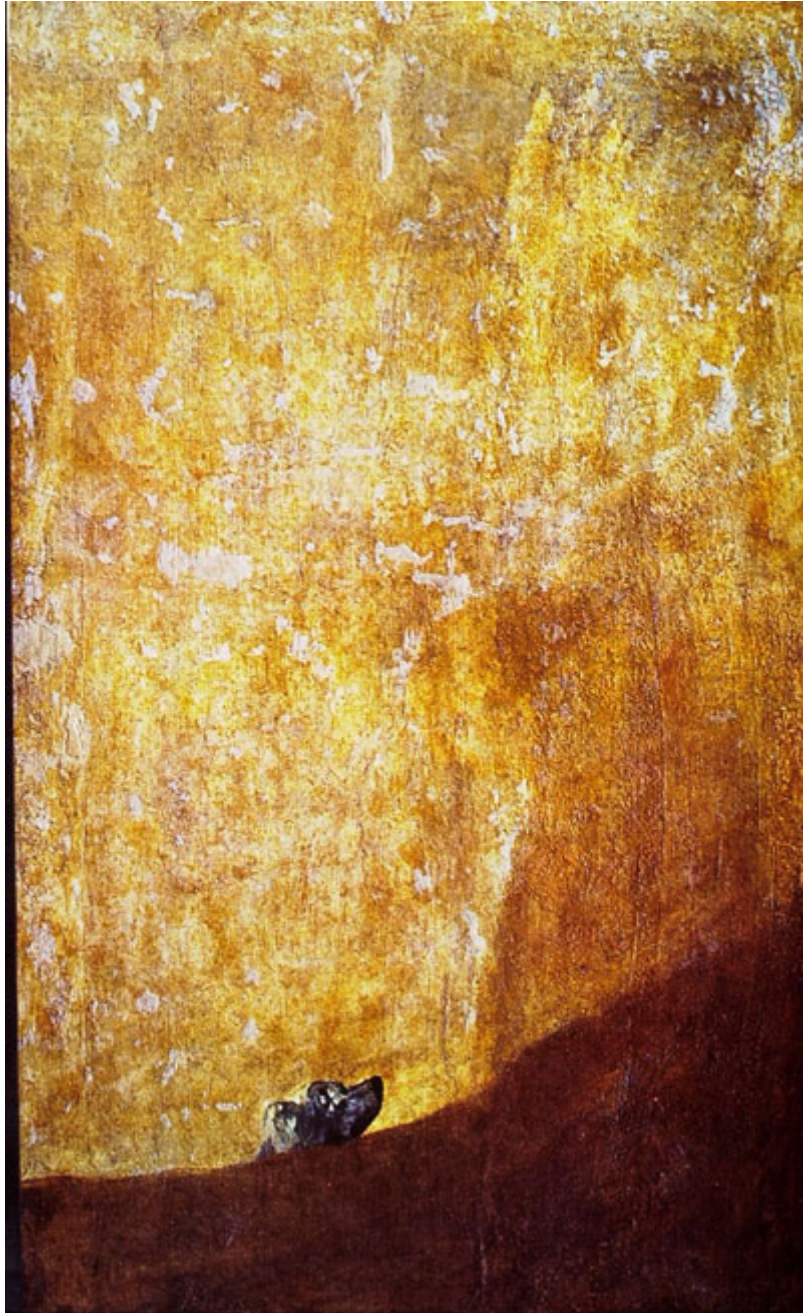


Fig. 37

Nel frattempo la repressione continuava, finiva il colonialismo spagnolo in America, e Goya, sentendosi in pericolo, poiché erano riprese le persecuzioni, riuscì a trasferirsi in Francia, avendo ottenuto dal Re il permesso di andare a fare una cura delle acque.

Qui si mise a lavorare moltissimo e crebbe come artista fino all'ultimo momento. Smise di dipingere ad olio ed usò delle tecniche che non lo avvelenavano più (figg. 38, 39). [scorrono altre diapositive]



Fig. 38

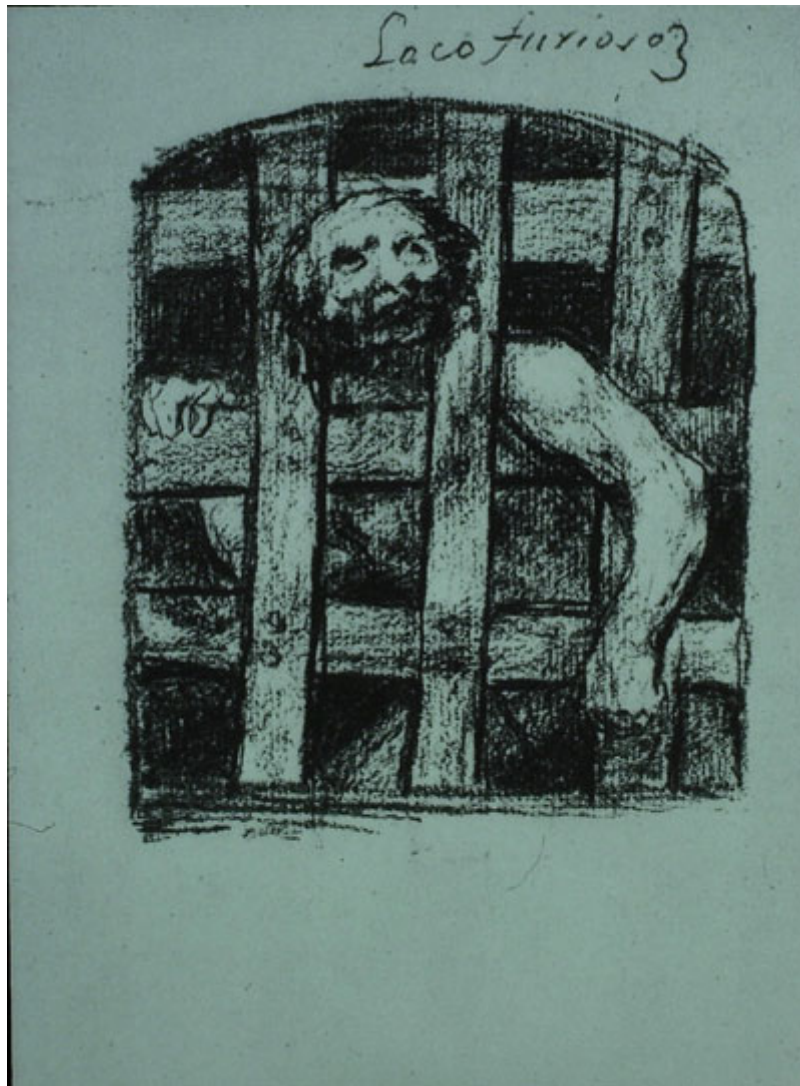


Fig. 39

Questo è il dipinto sui malati di mente a Bordeaux... (fig. 40)



Fig. 40

Subito dopo Goya fu capace di fare questo splendido dipinto “La donna del latte di Bordeaux” e qui abbiamo la magia di un ritorno al vecchio stile (dei primi dipinti) ma in realtà con caratteristiche che prefiguravano l’Impressionismo francese che lui anticipò di 50 anni proprio con questo quadro: l’ultimo della sua vita.



Fig. 41

Concludo con un'ultima libera associazione con Bethoven anche lui completamente sordo ma che aveva comunque continuato a comporre fino all'ultimo.

Dr. Nesci: facciamogli un bell'applauso... [applauso scrosciante] Possiamo ridare la luce per favore? Ora possiamo fare un primo giro di libere associazioni... forse gli stimoli sono stati anche troppi, scusateci se è così... chi vuole il microfono?

[silenzio]

Annamaria Becattini, psicopedagogista: la mia libera associazione è questa... ho ripensato a quando chiesi ad un mio paziente di 38 anni "quando hai sentito di essere nato?" e lui mi rispose "un anno dopo l'analisi". Fino ai 12 anni aveva dormito in camera con i suoi genitori... si era sempre sentito brutto, rifiutato... vedeva la vita come qualcosa di insopportabile.

Dr.ssa Ernesta Marando, neonatologa: gli argomenti trattati sono stati tutti così interessanti e coinvolgenti.... mi sento un po' schiacciata da tutto questo materiale così imponente. Dopo aver sentito della malattia di Goya, vi volevo chiedere come medici cosa ne pensate di una signora di 45 anni che dà segni di intolleranza e squilibri dopo un matrimonio di 15 anni ed una figlia di 10? Negli ultimi anni ha cambiato personalità. Ha scoperto una grave ipertensione ed insufficienza renale... a quel punto la sua problematica psicologica si è scompensata fino a portarla ad andare via

di casa con la figlia. Questo sconvolgimento può essere legato ad un problema renale, di tipo medico?

Dr. Nicola D'Ostilio, oncologo e psichiatra: mi è venuto in mente quello che mi capita di vivere quotidianamente... il termine avvelenamento mi ha fatto pensare a quei pazienti che hanno una scarsa consapevolezza della loro malattia, una sorta di distacco estremo, e che sono molto diffidenti nei confronti della chemioterapia... mi dicono: "dottore, lei mi sta avvelenando..." mentre altri pazienti la accettano con benevolenza. Quali possono essere le caratteristiche di questi pazienti? Hanno proprio una scarsa consapevolezza della malattia?... se noi facciamo notare loro che gli effetti collaterali che lamentano sono esagerati, rispetto alla terapia, rifiutano proprio di sentirselo dire.

Dr.ssa Angela Baldassarre, psicoterapeuta: io mi occupo in particolar modo di adolescenti, sono molto contenta di aver partecipato perché il materiale presentato mi ha suscitato tantissime cose... Mi chiedevo in che rapporto sono io rispetto alle istituzioni e al loro livello di tossicità... i luoghi di cura della malattia sono anche luoghi di malattia per l'operatore... io faccio da filtro... Che strana cosa mi succede con i pazienti: l'ultimo mi trova più stanca, ma io dall'ultima seduta invece di uscire più stanca esco più riposata... in particolar modo mi succede con le sedute di gruppo. Questo per me significa che abbiamo lavorato bene, che abbiamo mentalizzato le angosce... Io ho pensato alla tossicità mentale, a quello che Bion chiamava gli elementi beta.

Prof. Pasnau: penso che ci sia un'analogia tra l'avvelenamento cronico da metalli pesanti e quello psicologico... Nell'avvelenamento da piombo, c'è un accumulo progressivo nelle ossa. Se si verifica una frattura o un momento di fragilità (fisica o psicologica) il piombo si libera tutto insieme. Anche in senso psicologico avviene questo: l'intossicazione, accumulatasi nel tempo esce fuori tutta insieme.

Dr. ?, neurochirurgo: non so se posso, io faccio il chirurgo... di fronte a delle tossicità croniche, in seguito a terapie, ho osservato delle poussè acute che non avrei mai sospettato. Rispetto all'esperienza dell'oncologo [dott. D'Ostilio] a cui alcuni pazienti dicono: "Dottore... mi sta avvelenando", a me capita spesso l'esperienza opposta, e cioè mi trovo di fronte a pazienti che reagiscono bene alla terapie, sembrano ben integrati, con famiglie collaboranti, ma che poi, inaspettatamente, hanno delle grosse crisi, fino a scompensi psicotici o addirittura arrivano a suicidarsi.

Dr. Nesci. Ma... ci puoi portare proprio un caso clinico?

Dr. ?, neurochirurgo: Sì, mi è capitato di recente, tre mesi fa, un paziente con blastoma cerebrale, con aspettativa di vita breve... fece l'intervento, sembrava aver reagito bene, faceva regali alle infermiere... un giorno ebbe una crisi comiziale e cominciò a diventare sordo, proprio come Goya (per questo mi è venuto in mente). Abbiamo poi saputo dalla figlia che, tempo dopo, si era suicidato con il fucile da caccia... la stessa figlia non se lo aspettava... evidentemente aveva accumulato una tale tossicità...

Dr. Vincenzo Panella, psicologo: sono molto emozionato, scusatemi... vorrei portare una mia esperienza, dove il paziente sono io... sono entrato da un anno a lavorare in una comunità psichiatrica, non senza difficoltà... il momento peggiore per me è il momento del pranzo, della condivisione del cibo; mi capita di provare nausea, voglia di espellere il cibo. Io percepisco l'ambiente come infettato da virus e reali e fantasmatici... ma questa sensazione di avvelenamento non la provo quando in cucina c'è un mio collega che trasforma il cibo da impuro in cibo nutriente. Questa è l'unica occasione in cui mangio di gusto...

Dr.ssa ?, psicologa dell'età evolutiva: stavo ripensando a quanto diceva il medico oncologo... è vero anche nella mia esperienza con genitori di bambini ammalati la proposta di chemioterapia viene avvertita con molta diffidenza... temono che la cura possa intossicare i figli. La cura diventa qualcosa che può far male.

Prof. Pasnau: anche la psicoterapia può diventare, qualche volta, tossica, velenosa, e dovremmo dirlo sin dall'inizio ai nostri pazienti... si possono ricordare cose dolorose.

Dr. Nesci: aggiungerei che è nostro compito anticipare questa paura di intossicazione, darla per scontata, e ricordare ai pazienti che anche se ci saranno dei passaggi difficili, tutto questo può anche portare a qualcosa di buono. Direi che in questo risiede la creatività dell'associazione di Bob [Pasnau] rispetto al mio caso, apparentemente tutto distruttivo, del suicidio collettivo... se il paziente ha questa capacità di riciclare positivamente il dolore, può rinascere attraverso di esso. Pensate al testo biblico (Genesi): "partorirai nel dolore"... Jonestown muore perché nessuno vuole uscire dalla simbiosi prenatale. Rispetto a questo, la psicoterapia può essere un "veleno" perché ti porta fuori, ti fa rinascere. E' importante chiedersi, da parte nostra, quali pazienti possono sopportare una certa quantità di dolore.

Dr.ssa Paola Giannelli, psicologa: lavoro presso un carcere di massima sicurezza... riflettevo sul fatto che un paziente che si suicida ha un contatto con la realtà che invece non ha un paziente che nega la sua malattia. Il primo è una persona che si trova più sull'asse depressivo (mi riferisco alla teorizzazione della Klein) e che non riesce a proiettare la sua sofferenza fuori. Se c'è la possibilità di elaborazione creativa come è successo a Goya, Beethoven, o a certi pazienti che si dedicano alla poesia, alla pittura... se tutto queste risorse sono presenti, allora si sopravvive... sono rimasta colpita dall'autoritratto di Goya malato con il suo medico accanto, è come un'associazione tra la vita e la morte, un'integrazione possibile tra questi due estremi.

Carlotta Cordoni, studentessa in terapia della neuro e psico-motricità dell'età evolutiva: io non ho ancora esperienza personale con i pazienti, ma volevo dire che mi ha colpito il silenzio che si è creato quando è stata data la parola al gruppo... questo silenzio è finito soltanto quando qualcuno ha detto che era troppo il materiale presentato e associato.

Dr. Antonio De Luca, psicologo: a proposito di nascita e rinascita in psicoterapia...il bambino alla nascita emette un vagito... il paziente emette un pianto. C'è un passo, in Ovidio, in cui viene spiegato che planctus deriva da "urto" ed è dall'incontro tra terra e mare, laddove c'è l'urto, che si forma il planctus.

E' un processo che si avvia ma non si conclude mai. Quel quadro del cagnolino che sta annegando [Goya] mi ha molto colpito perché aveva tanta aria a disposizione ma la stava perdendo... quanto può influire una striscia così piccola di terra! [nel quadro le sabbie mobili occupano solo una piccola area marginale...] è come un naufragio nella terra e non nell'acqua.

Dr.ssa Marcela Barria: volevo proporre qualcosa che è successo qui, riguardo al silenzio dell'inizio. Questo ci porta al desiderio di cogliere una situazione nella sua completezza mentre invece il tutto avviene sempre attraverso una scissione. Ci è utile la possibilità di introiettare diverse esperienze ma anche di proiettare le nostre pulsioni all'esterno... tutti questi meccanismi sono dentro di noi. Abbiamo visto, anche pittoricamente, cosa avviene quando mettiamo dentro di noi delle esperienze buone o cattive, a seconda delle circostanze, che vediamo fuori di noi o a secondo dello stato d'animo.

Goya, alla fine dei suoi giorni, è stato capace di vedere l'immagine idealizzata di una madre buona che allatta e che è in contrasto con la pittura precedente. In mezzo a tutto quel caos, ecco che appare

la madre buona. Se qualcosa di tutto ciò rimane dentro ai pazienti, allora possiamo lavorare... Quando ero supervisore in Oncologia Pediatrica, vidi un bambino di 9 anni con un neuroblastoma (che dopo poco tempo morì) che non poteva andare a giocare nella stanza in cui tutti gli altri bambini, quando le loro condizioni fisiche lo permettevano, si riunivano per giocare. Questo bambino non poteva neanche essere toccato ed allora io, vicino al suo letto, feci delle bolle di sapone perché almeno le bolle lo potevano toccare. A quel punto lui si mise a ridere divertito ed anche la madre rise di gusto... questa non è la vita, è un attimo, ma è bellissimo che un bambino possa vivere con questa intensità un'emozione!

Dr. Polisenò: spetta a me il compito di chiudere questa prima parte... a proposito di fatiche associative, anch'io ho avvertito la saturazione di argomenti molto duri, capaci di produrre (lo diciamo sempre con Domenico) anche una vertigine. Parlare di placenta, di questi stati molto arcaici della nostra vita mentale, che appartengono alle nostre prime simbiosi, significa avvicinarsi ad un livello dell'esperienza umana estremamente difficile da concettualizzare e comunicare, proprio perché appartiene ai livelli preverbali, ai livelli più profondi di funzionamento dei gruppi (soprattutto istituzionali). Torneremo ad elaborare tutto questo... mi riaggancio invece adesso a quanto diceva Marcela... [Barria] a questa nostra capacità di interiorizzare e tornare, continuamente, ad essere creativi... Questo "miracolo" accade quando riusciamo ad uscire dal fronteggiamento con la morte... quando accettiamo l'esperienza della perdita di qualcosa, dell'onnipotenza del desiderio... come è successo a Goya, che ritrova dentro di sé questi aspetti vitali proprio poco prima di morire.

Dr. Nesci: possiamo andare al coffee break... eh, che ne dici Bob? [Pasnau] In fondo Marcela sta dicendo che potremmo fermarci qui... con un sentimento di speranza, con questa bella immagine delle bolle di sapone del bambino...

Aggiungerei che, secondo me, siamo noi le bolle di sapone. Questo spazio che ci siamo dati è come uno spazio virtuale dove, con un pizzico di creatività ed un po' di soffio vitale, si crea la nostra bolla... come dal planctus, che nasce dall'urto dell'acqua con lo scoglio, si crea la schiuma, fatta di infinite piccolissime bolle... quella schiuma da cui nasce Afrodite, la bellezza... Questo è quel "magico" che dobbiamo recuperare dalla simbiosi prenatale, senza pretendere di istituzionalizzarlo affondandolo nelle sabbie mobili di teorizzazioni troppo rigide... [applausi]

Coffee break

Dr. Nesci: Riprendiamo... direi che ci fermeremo alle 13.30. Chi vuole mangiare qui può rivolgersi alla signora Rita Zucchelli. In questa seconda parte le cose cambiano rispetto al programma... Del resto, l'elasticità è parte integrante del nostro lavorare insieme. Abbiamo pensato che il secondo stimolo ve lo diamo subito ed è il racconto di un gruppo di operatori sanitari di un centro di emodialisi che cura pazienti "avvelenati" dal fatto di non avere più reni che filtrano le loro scorie... queste macchine depurano il sangue dei pazienti tre volte alla settimana, ogni volta per quattro ore circa. Il sangue esce, va nella macchina, lì c'è un filtro "placentare" (diremmo noi) che lo depura, dopodiché il sangue viene nuovamente fatto rientrare nel corpo del paziente, non più avvelenato da se stesso. Adesso il dott. Giampaolo Salvatore, un nostro giovane collega che è stato osservatore nel gruppo, per nove mesi, (il tempo di una gravidanza...) ci racconterà tre momenti salienti dell'esperienza. Cercheremo di essere brevi per lasciare spazio a voi... La prima libera associazione la farà la dott.ssa Barria (psicoanalista, nata a Panama, formatasi a Londra) con la vignetta clinica che le verrà in mente ascoltandoci... poi anche voi porterete le vostre vignette cliniche. Dopo pranzo cercheremo di elaborare il materiale clinico emerso. Giampaolo, a te la parola.

Dr. Giampaolo Salvatore (psichiatra): innanzitutto sono grato al dott. Nesci per avermi dato la possibilità di fare quest'esperienza e di poterla esprimere davanti al prof. Pasnau ed a tutti voi. Mi limiterò a presentare alcuni frammenti di un gruppo con operatori di un Servizio di Emodialisi...

Le nostre sedute si sono svolte tra il '98 ed il '99 qui, in questo Policlinico, ma già in precedenza, negli anni Settanta, era stato fatto un gruppo con gli operatori della Dialisi. In entrambi i casi, questi gruppi si sono svolti in momenti critici nella vita istituzionale del Servizio. Negli anni Settanta c'era stato un cambiamento nella leadership, mentre quest'ultima volta si è vissuto un cambiamento sia nella leadership sia sul piano istituzionale. Tra la prima e la seconda esperienza, rispetto alle dinamiche inconse del gruppo degli operatori, possiamo rintracciare una continuità narrativa; se infatti, la prima volta, ci fu uno scioglimento prematuro del gruppo, la seconda volta (dopo circa venti anni...) queste dinamiche sono state finalmente analizzate ed esplicitate.

Il gruppo si apre con una discussione sulle macchine per la dialisi e questo ci ha subito facilitato consentendoci di introdurre il tema del delirio della macchina influenzante - una delle più interessanti teorizzazioni psicoanalitiche sulla psicosi.

Il tema è portato dalla caposala che dice: "Io, al posto loro (dei pazienti), impazzirei!" Con l'aiuto della lavagna luminosa e dei lucidi possiamo presentare i frammenti di alcune sedute, così come li ho trascritti dopo le riunioni del gruppo, ed anche alcuni commenti, frutto delle discussioni, a caldo, col Dr. Nesci, subito dopo le sedute, oppure in momenti successivi. Ora ve li leggerò...

[Proiezione dei lucidi]

Seduta del 3-3-98 (prima seduta)

Caposala: non è vero che [i pazienti] si possono autogestire... loro sono comunque attaccati ad una macchina... quindi c'è anche questo tipo di dipendenza che hanno... Voglio dire... io al posto loro accetterei una cosa del genere? Io credo che impazzirei! Non ce la farei a reggere... non tutti lo danno a vedere però è [un'angoscia] di tutti, almeno quelli che non sono programmati per il trapianto... Ce l'hanno, o nascosto o latente, o lo tirano fuori a modo loro, chiedendo le cose più assurde a noi... però, di base, c'è quello, secondo me...

(voci indistinte provenienti da una porzione del gruppo più lontana da me e da N.: due operatrici parlottano tra loro.)

Nesci (cordialmente): forse potremmo tentare di recuperare qualche discorso di quella parte più arretrata del gruppo... che vi state dicendo?

Caposala: no... parlavamo riguardo a quell'aspetto del rapporto medico-paziente-infermiere... beh! C'è da dire che il medico non è presente minimamente, questo è il guaio...

Medico-Responsabile: beh! Veramente io so che ci sono pure dei centri autogestiti, al Nord, in cui i pazienti venivano messi in condizione di fare la dialisi a casa; è stata un'esperienza piuttosto, ampia durata anni... ed è stato dimostrato che la dialisi si poteva fare a casa; quindi, voglio dire, non è nemmeno giusto che il medico venga chiamato per ogni piccola cosa... perché il rispetto per il paziente non significa stare sempre lì ogni volta che lui sente di averne bisogno...

(voci concitate tra gli operatori, il clima si fa teso)

Infermiera: Però ora è meglio che non parliamo di questo, sennò poi...

Nesci: ...quello che mi ha molto colpito in quello di cui avete parlato tra di voi era questa problematica della macchina: secondo me, in realtà, in tutti gli interventi, un tema ricorrente era

proprio questo: di una situazione... lei prima ha detto molto bene: “io non so se riuscirei ad adattarmi ad una situazione di dipendenza così particolare, come questa...” allora a me sembrava che in tutti i discorsi ci fosse in parte questo aspetto della dipendenza... questa cosa che tu hai accennato (delle richieste del paziente) la possiamo considerare come una nota di un’armonia che ha a che vedere con queste dinamiche della dipendenza... Ora... il grosso problema con la macchina è che non è una persona umana, quindi uno si ritrova... il paziente che entra in contatto con la macchina si trova di fronte a una situazione che lo pone a contatto con un’angoscia di livello psicotico e cioè con l’angoscia di impazzire... il sangue esce dal corpo, esce dal solco (delirio, delirium, significa, letteralmente, “uscire dal solco”), e va dentro una macchina, fuori dal corpo, per poi rientrarvi... e quindi la situazione in cui si trova il paziente in dialisi è molto sconvolgente e induce in lui dei meccanismi di difesa molto forti... per l’inconscio il sangue è l’anima che va fuori dal nostro corpo e finisce in una macchina... questo crea un’angoscia enorme, di livello psicotico, una vera angoscia di impazzire, e che succede? Che poi noi tutti che lavoriamo in questa situazione veniamo sottoposti... (e questo è quello che noi chiamiamo transfert, in gergo) ad una angoscia di livello psicotico... e allora diventa tanto difficile riuscire invece a restare nei limiti, a non angosciarci troppo, noi, a trovare un modo giusto di interagire... e la situazione, sempre e comunque, tende a “uscire dal solco”, a diventare un po’ troppo carica emotivamente... come è successo ora qui.

Interludio

Sin dalle prime battute il gruppo degli operatori pone il punto centrale del rapporto tra l’angoscia dei pazienti e l’essere “attaccati” alla “macchina”; l’angoscia di cui si parla è un’angoscia di livello psicotico (“...io credo che impazzirei!”). Dopo una serie di tentativi di elusione di questa realtà perturbante (l’autogestione della dialisi, la costruzione di un capro espiatorio nei rapporti medico-paziente-infermiere...), il gruppo, sollecitato dall’intervento del Conduttore, affronta direttamente la natura perturbante della “macchina” e comprende la necessità di ricercarne una qualche elaborazione condivisa. A partire da questa presa di coscienza diviene possibile interpretare le dinamiche inconsce connesse al tema della “macchina”, ossia i fenomeni transferali che i pazienti mettono in atto per il fatto di essere sottoposti alla dialisi. Essi “trasferiscono” un’angoscia di livello psicotico (l’angoscia di essere sotto il controllo di una “macchina influenzante”) sugli operatori, generando inevitabilmente degli effetti controtransferali che complicano non solo i rapporti con i curanti ma anche le dinamiche profonde delle relazioni emotive tra gli operatori. È l’esplicitazione di questo aspetto che segnerà un passaggio di livello nel percorso del gruppo, rendendo possibile l’elaborazione progressiva delle dinamiche inconsce che regolano la dialettica tra crisi della leadership e costruzione del capro espiatorio.

Seduta del 26-5-98

Nesci: chiacchierando con la caposala stavo dicendo che... sì... avevo l’impressione che l’atmosfera del reparto fosse più tranquilla di quando son venuto la prima volta...

[...]

Medico Responsabile: beh, le prime volte avevamo il problema della... (una paziente “difficile” che chiameremo Y)...

Nesci: esatto... c’era il problema della Y... Ecco... a parte che, forse, come diceva lei, avete avuto giornate più tranquille, ho comunque l’impressione di vedere dei volti più tranquilli...

Infermiera: meno stressati...

Nesci: meno stressati... e questo è interessante perché ci dice che è sufficiente anche un solo paziente per stressare tutto il reparto.

Medico-Responsabile: Ti ricordi... il primo gruppo... ti ricordi che c'era... (un'altra paziente "difficile" che chiameremo X) Noi ad un certo punto ti dicemmo... che probabilmente noi... cioè... verteva completamente il gruppo su se la X (nome della paziente, che la Dottoressa paragona alla Y. quanto alla difficoltà della interazione con il reparto ed alla capacità di stressare gli Operatori) era stata "buona" o "cattiva"... ti ricordi che all'improvviso decidemmo: "ma che stiamo facendo?"... perché a quel punto l'impressione era che forse era lei che doveva darsi una regolata...

Nesci: questo è molto interessante perché mi fa venire in mente anche un'altra cosa... Cioè, se questa osservazione è vera, che in questo reparto è sufficiente un solo paziente per stressare tutti gli operatori, visto che la Dottoressa Responsabile ha ricordato che tanti anni fa, quando noi siamo venuti qui per la prima volta, c'era egualmente un problema, come questa volta, di una persona in crisi, che quindi stressava tutto il reparto... allora, se questa cosa è vera, è interessante! Interessante perché questo ha a che vedere con il capro espiatorio, cioè con la costruzione del capro espiatorio... In generale nei gruppi si tende sempre a costruire un leader... però una cosa di cui invece si parla di meno è che nei gruppi si tende sempre, contemporaneamente, a costruire un capro espiatorio... Allora, secondo me, questa cosa potrebbe essere interessante perché in un gruppo come quello di un reparto di emodialisi, in cui abbiamo detto che c'è questa funzione continua di filtrazione del male interno... (il paziente ha un male interno, le scorie azotate, e deve essere depurato...) e allora noi abbiamo queste macchine che filtrano... Nella realtà... il capro espiatorio è un oggetto inanimato, il filtro usa e getta che si prende tutto il male e poi viene buttato... [ma qui il Dr. Salvatore fa un lapsus e legge "curato" invece che "buttato"] ma questa dinamica che avviene, diciamo, sugli oggetti, contemporaneamente lavora sulla psiche delle persone che si trovano sulla scena, quindi sulla psiche dei pazienti e, per un movimento transferale, quello che avviene nella mente dei pazienti viene travasato poi negli operatori e lavora, dai oggi e dai domani, anche nella mente degli operatori... per cui gli operatori a un certo punto si sentono diventati dei filtri... di tensioni, di tensioni psicologiche... e quindi, che cosa può succedere? Può succedere che sia all'interno del gruppo dei pazienti, sia all'interno del gruppo degli operatori si può tendere a costruire da un lato dei leader, ma dall'altro dei capri espiatori... e se uno diventa il capro espiatorio a quel punto diventa vittima delle dinamiche del gruppo... e questo ci interessa nel senso sia del "burnout" degli operatori (che dobbiamo cercare di prevenire, e quindi evitare che magari che qualcuno del gruppo diventi quello che si fa carico troppo di tutto) sia dei pazienti...

Infermiera: Sì! Per esempio c'è una paziente qua in dialisi che si sente come il capro espiatorio degli altri... che le accendono la televisione, le aprono la porta, le fanno questo, quello... Lei mi ha riferito che nessuno la guarda, che nessuno la viene a sentire... si sente l'ultima del gruppo, lei... le dico: "ma non è vero..."

Interludio

Gli operatori rievocano l'esperienza vissuta con una paziente "difficile"; il Conduttore rileva che è sufficiente anche un solo paziente difficile per creare una situazione di stress generale all'interno del reparto; ripropone poi su questa base il tema della dialettica leader-capro espiatorio: nel reparto di Emodialisi gli operatori si prestano a svolgere a livello profondo una funzione di filtro delle tensioni psicologiche (transfert) dei pazienti, e quindi a rischiare di divenire dei capri espiatori se non riescono ad elaborare opportunamente il proprio controtransfert. Un'infermiera ricorda una paziente che sente di aver assunto il ruolo di capro espiatorio e che dice di essere "l'ultima del

gruppo”. Nel seguito (qui non riportato) la Responsabile attribuirà invece il ruolo di capro espiatorio ad un'altra paziente, che, agli occhi del gruppo, sarebbe piuttosto un esempio di leader negativo. Il Conduttore rileva l'ambiguità e l'ambivalenza dei ruoli del leader e del capro espiatorio, nonché l'inevitabilità di queste dinamiche inconsce che, per gli operatori, sono più facilmente visibili nel gruppo dei pazienti ma che si “trasferiscono” comunque all'interno dell'équipe dei curanti. Diviene importante riconoscere questa dialettica nel suo dispiegarsi perché essa genera enormi conflitti che alterano i rapporti umani e professionali. In questa fase del percorso del gruppo gli elementi più significativi sembrano i seguenti: riemerge il *leitmotiv* della paziente “difficile”, vissuto come fattore scatenante della intensificazione dei meccanismi transferali all'interno del gruppo; ciò conduce ad una esplicitazione della dinamica leader-capro espiatorio da parte del Conduttore e dell'importanza di acquisire consapevolezza di tale dinamica e del suo carattere ciclico. Ciò che è interessante è che la reazione inconscia del gruppo alle tematiche trattate esita nella generazione di un “gioco di ruoli” inconsapevole in cui la Responsabile “prende le parti” della paziente-leader mentre alcuni operatori “prendono le parti” della paziente-capro espiatorio, presentificando nell'*hic et nunc* della seduta la dinamica soggiacente al conflitto, e rendendola così visibile e comprensibile (condizioni preliminari per quello che in Psicoanalisi si definisce *insight* e cioè, letteralmente, guardarsi dentro... il primo passo del cambiamento). Dopo questa fase il gruppo si muoverà progressivamente verso l'acquisizione di una consapevolezza sempre maggiore delle dinamiche connesse alla dialettica leader-capro espiatorio. Grazie a questo processo si realizzerà un netto miglioramento del clima emotivo nell'ultimo periodo del gruppo: crescerà visibilmente il livello di cooperazione e di condivisione empatica sia in seduta che nell'attività di reparto (come riportato vivacemente da alcuni operatori nell'ultimo incontro). In questa fase risulta quindi progressivamente raggiunta (non solo ad un livello simbolico, ma anche su di un piano fattuale-relazionale) la tendenza ad abbandonare difese proiettive nell'ambito delle interazioni tra gli operatori, oltre che con i pazienti. A fornire un'immagine tangibile di questo sarà senz'altro utile un frammento dell'ultima seduta del gruppo.

Seduta del 16-4-99 (ultima seduta)

Clima assai concitato. Ci viene quasi per caso comunicata da un'operatrice la notizia che una paziente entrata in dialisi dopo essere rimasta incinta è riuscita a portare a termine la gravidanza.

Nesci: Ecco, ma... secondo voi come mai in gruppo non ne abbiamo mai parlato?

Infermiera: perché abbiamo molte cose da dire e allora...

Nesci: Beh, questa è una razionalizzazione...

Infermiera: No, non è vero... abbiamo talmente tante cose da dire che le cose ci sfuggono...

Caposala: perché questa per noi è... perché la mamma ha sopportato molto bene la dialisi, si è curata proprio bene... per noi è scivolata proprio bene, il modo in cui ha fatto la dialisi...

Infermiera: Invece la cosa che diventa pesante è chi è più sofferente, il paziente che non accetta la dialisi, i bambini, i casi gravi, i giovani... questi portano più ansia... invece la signora... l'abbiamo vissuta bene la gravidanza, tutti quanti... e la signora veramente merita il nostro applauso perché ha avuto... una serenità, una dolcezza nell'attesa... lei ha iniziato la dialisi che già aveva questa gravidanza quindi calcoli il grave sacrificio... tutti le dicevano “non è il caso...” No! Lei ha scelto: “la dialisi la inizio con la gravidanza...”

Nesci: quindi, se ho ben capito, lei prima è rimasta incinta e dopo ha deciso di fare la dialisi... per la gravidanza...

Infermiera: Perché sarebbero precipitate le cose ovviamente, con la gravidanza...

Infermiera: Comunque il primo medico che l'aveva vista aveva detto che non ce l'avrebbe fatta a portarla avanti... perché vede... se una chiede un consiglio: "che dice posso avere una gravidanza?" allora le si dice: "no, per carità!" Ma se c'è... allora si fa di tutto per tenerla. Poi il Signore, o chi per lui, deciderà le cose... intanto bisogna fare qualcosa per portarla avanti...

Nesci: E avete mai avuto, al contrario, delle vicende di gravidanze perdute in dialisi?

Infermiera: sì... *(si consulta con altre operatrici e con la caposala)* due... ma lui (indica un medico del reparto) lo sa!

Nesci: ah, ci puoi raccontare un po' su questi casi? Poi vi dico perché vi ho fatto questa domanda, perché c'è un motivo...

[Il medico ricostruisce i fatti con gli operatori]

Infermiera: La prima gravidanza è stata di quella signora che adesso il figlio ha undici anni...

Nesci: quindi la prima è stata un successo... *(gli operatori discutono tra loro cercando di recuperare la memoria degli eventi in questione... entrano altri operatori e si uniscono al gruppo)* Chiedevo al collega se riusciva a recuperare la memoria storica della sequenza dei nati vivi, e invece dei morti...

Medico: allora, ti dico subito: primo caso, '88, vivo; il secondo, nel '92, un aborto... *(Il Medico Responsabile si inserisce: "un aborto al quarto mese")*... terzo, nel '93, nato vivo... *(ricordano l'evento del battesimo che è raffigurato in una foto appesa alla parete nella stanza dove si tiene la seduta. La Responsabile ed un altro medico del reparto fecero da padrino e madrina nella cerimonia)* ...il quarto è morto dopo nove mesi... e il quinto è vivo.

Nesci: Ecco... bene... adesso vi spiego... io vi avevo chiesto questa cosa perché ero rimasto molto colpito del fatto che noi non c'eravamo accorti di niente, cioè che voi avete portato avanti questa gravidanza senza che noi ce ne accorgessimo, pur venendo noi a fare il gruppo frequentemente... allora dovete sapere che noi abbiamo fatto degli studi sulla vita prenatale e sulla gravidanza, e ci siamo accorti di una cosa molto interessante, e cioè che c'è una situazione specifica durante la quale la gravidanza viene nascosta, cioè non se ne accorge nessuno, come è successo appunto qui... e noi l'abbiamo chiamata "relazione clandestina"; cioè, c'è un particolare tipo di gravidanza in cui la madre ha con il bambino una relazione clandestina... in questo caso la madre siete stati tutti voi, no? Il gruppo di operatori... la foto della madrina e del padrino al battesimo mi fa capire che psicologicamente voi potete essere considerati come una madre metaforica e voi, madre metaforica, avete tenuta nascosta a noi, che veniamo da fuori, la gravidanza, avendo quindi una relazione clandestina con il vostro bambino interno che, in questo caso, è la madre del bambino... Perché lo avete fatto? Stando alle nostre ricerche, questa situazione specifica nella quale avviene la relazione clandestina è quella in cui la madre ha avuto dei lutti prenatali. Per questo chiedevo cosa era successo nella storia. In effetti sembrerebbe vero, perché voi avete avuto un aborto al quarto mese, che è un lutto pre-natale, e poi avete avuto anche un lutto post-natale...

Medico Responsabile: perché poi il brutto non è stato tanto quello prenatale - perché la signora non è stata tanto con noi, non era dei nostri, ha avuto l'aborto e se ne andata... Il brutto vero è stato con l'altro...

Infermiera: Perché poi c'eravamo affezionati a Z, a questo bambino che sta[va] tanto male... no? ecco... perché io oggi ho fatto un gesto, perché per me questo bambino che è nato è un miracolo... ancora si nutre col sondino...

Nesci: che gesto ha fatto?

Infermiera: Ho toccato ferro... lo ammetto!

Medico Responsabile: Se è per questo io ho fatto le corna (ridono)... perché io ho razionalizzato fino alla fine... quando l'hanno portata in sala parto io... un mio collega mi ha chiesto: "stai dentro?" Io: "non ci penso per niente!" Sono uscita... poi, quando è nato il bambino, era più forte la voglia di vederlo che l'ango[scia]... poi non piangeva... poi quando ha pianto sono entrata... poi c'è stato un momento di panico che la dottoressa diceva: "c'è qualcosa..." Poi era diventato bello roseo, piangeva... "è fatta!" ho detto... e sono venuta su... ma non ce la facevo fisicamente [...] è vero: avevamo paura... ma ora sta bene...

Nesci: ...ma sapete perché sta bene? Sta bene perché ce ne state parlando... se ce ne state parlando vuol dire che adesso siete più tranquille, che ce l'avete fatta, che è andata... Invece, prima, era normale avere una relazione clandestina, e quindi da parte vostra nascondere la gravidanza proprio a scopo... per proteggerla, come fare gli scongiuri, come fare le corna, come toccare ferro... ma non c'è niente di male: l'importante è rendersi conto di queste dinamiche inconsce... cioè di questa relazione clandestina, protetta, che un gruppo madre, come una madre, può avere nei riguardi di un bambino che vive come a rischio perché ha avuto l'esperienza traumatica di un lutto prenatale o perinatale.

Medico Responsabile: Ma è vero perché il rischio è enorme... è quasi la regola perdere una gravidanza in dialisi... quindi quando decidi di portare avanti una gravidanza in una donna dializzata già metti in conto il 90% di fallimento... quindi la paura c'è...

[Fine della proiezione dei lucici, Applauso]

Dr. Nesci: [rivolgendosi al Dr. Polisenò ed al Dr. Salvatore, seduti accanto a lui] Io direi che noi ce ne stiamo zitti e diamo subito la parola a Marcela...

Dr.ssa Barria: come prima siamo andati al coffee break con la speranza, anche in questo momento al gruppo rimane il sentimento che pure in dialisi sia possibile coltivare e nutrire la speranza se le risorse dell'organizzazione consentono di portare a termine bene una gravidanza. A volte facciamo una scissione degli aspetti buoni e cattivi delle esperienze e degli oggetti e rimuoviamo sia quelli buoni che quelli cattivi ma lo facciamo in modo così grossolano che essi non sono più disponibili per noi come risorse... e il risultato di tutto ciò è sempre catastrofico... non troviamo più quell'equilibrio interno, che poi è la vita, in cui succedono cose buone e cose cattive... Ho ripensato ad una mia esperienza clinica e personale... una mia paziente che ho avuto in terapia molti anni fa e che qualche settimana fa mi ha chiamato per dirmi che, a giorni, avrebbe dovuto operarsi per togliersi un carcinoma all'ovaio... un tumore di ben 8 chili...

[Di fronte a questo evento] questa persona ha dovuto attivare una memoria di qualcosa [il trattamento psicoanalitico] che tanti anni fa le consentì di sposarsi, di avere dei figli (di otto e sei anni), di avere successo nel suo lavoro. Adesso ha dovuto fare una ricostruzione delle cose buone

(sua madre è morta dello stesso tumore)... io ho dovuto controllare questa voglia di aiutarla, di intrudere... Lei non è mia figlia e non è neanche una mia amica, perché è pur sempre una mia paziente anche se di venti anni fa...

In questo tipo di situazioni sono sempre portata ad avere un senso di speranza che può scaturire soltanto dall'accettazione della situazione... io vorrei che lei vivesse più di sei mesi ma in realtà non lo so... non lo so. L'unica cosa che so è che posso aiutarla a trovare le sue risorse, a vivere bene questo tempo, a viverlo al meglio. Quando mi sento devastata dentro, mi devo rigenerare, riprendere le mie buone esperienze... il tempo di malattia è anche tempo di ricostruzione, alle volte aspettiamo anche venti anni per fare una cosa, questi venti anni possono diventare qualche mese o qualche ora.

Dr.ssa Ernesta Marando: mi è venuta in mente una ragazza di 29anni che l'anno scorso scopri di avere un nodulo e le venne fatta diagnosi di adenocarcinoma... una diagnosi gravissima data la sua giovane età. Sposata da sei anni, senza figli, era tanto tempo che provava a restare incinta. Io la conoscevo bene perché era la mia parrucchiera ed il ginecologo che la seguiva era un mio collega dell'ospedale nel quale lavoro. Una ragazza molto equilibrata, serena, era addirittura lei che consolava il marito. La sera prima dell'intervento andai a trovarla nella sua stanza e portai dei dolci e dello spumante. Ovviamente, prima dell'intervento, fece il test di gravidanza che risultò negativo. Fece la mastectomia, eseguì il suo ciclo di chemioterapia, le caddero nel frattempo tutti i capelli... ed era in amenorrea da 5 mesi. Finché fece una visita dal suo ginecologo e scopri di essere incinta di cinque mesi.

E' nata una bellissima bambina, un po' sottopeso ma in salute, la madre ha recuperato tutta la sua vitalità. La bambina ora ha un anno, la madre sta bene... tutto qui! [applauso]

Dr.ssa Giovanna Cangiano, anestesista e psicologa clinica: vengo da Firenze, oltre che anestesista-rianimatore sono anche psicologa... un po' di onnipotenza... [ridendo e sottovoce] volevo portare due esempi clinici. A proposito dell'azione di filtro che sono costretti a fare gli operatori sanitari... io lavoro in cardiologia e lì usiamo una macchina molto simile a quella della dialisi. Durante l'intervento, il cuore viene fermato e la macchina lavora al posto del cuore... c'è quell'attimo in cui il cuore viene fermato in cui l'emozione è fortissima... la prima volta che ho vissuto questa esperienza non nascondo di avere pianto... in quel momento, tra gli operatori della sala operatoria, scende un silenzio totale, tutti gli occhi sono puntati sul monitor, tutti attendono, in quell'attimo pieno di speranza e di attesa, che il cuore riprenda a battere.

L'altro esempio che volevo portare è quello della ventilazione meccanica in terapia intensiva. Qui i pazienti, che inizialmente sono totalmente dipendenti dalla macchina, vengono gradualmente "svezziati" (questo è il termine tecnico che viene utilizzato e che indica l'alleggerimento dall'aiuto della macchina)... ancora un'immagine materna che ritorna e anche qui la macchina è vitale... anche quelli che potrebbero respirare da soli la vogliono vicina, dicono: "adesso sono stanco, rivotiglio la macchina!" e noi operatori stiamo lì a fare da filtro.

Dr. Nesci: [rivolgendosi al Prof. Pasnau ed alla moglie, la Dottoressa Simonetta Averna, che nel frattempo ha tradotto tutto al Professore] Ma allora Simonetta parla bene l'inglese! [ridendo]

Prof. Pasnau: grazie mille Simonetta per l'ottima traduzione... ricordo un paziente che ebbe un'intensa crisi d'ansia all'idea del trasferimento dalla rianimazione ad un reparto di degenza. Mi mandarono a chiamare come psichiatra di consultazione per questo motivo... quando chiesi al paziente come mai non fosse contento della bella notizia, mi rispose: "ma no dottore, è una notizia terribile quella di andarmene di qui perché, vede, qui c'è quella macchina che fa bip-bip, che mi fa come da angelo custode... io so che sono vivo e che il mio cuore batte perché la macchina me lo dice, ma se mi portano via..."

Dr. Nesci: grazie Bob per la bellissima associazione.

Dr.ssa Anna Silvestri, psicologa: lavoro in un reparto di Oncologia Pediatrica... vorrei andare in controtendenza rispetto a questa esaltazione delle macchine. Assisto frequentemente a casi di donazione di midollo in cui vengono alzati i globuli bianchi (mi perdonino i medici se non lo spiego in modo preciso) poi il sangue viene passato ad una macchina che separa i bianchi dai rossi e dalle piastrine per poi tornare nel corpo. Sarà anche una cosa "meravigliosa", c'è il senso della donazione, della speranza, ma è anche vero che bisogna aspettare più di 100 giorni per aver qualche notizia su come è andata... ed inoltre i follow-up sono a più di dieci anni di distanza. Sono belle queste macchine ma fanno anche paura... ecco solo questo... e aggiungerei, a proposito dell'istituzione e della quota di tossicità che contiene, quanto sia importante trovare un proprio filtro personale... e quindi ringrazio questa sessione che sta facendo proprio da filtro per me.

Dr.ssa Angela Baldassarre: mi è venuto in mente di quando conducevo un gruppo con una mia collega più giovane che, alcuni mesi dopo, rimase incinta di un uomo con cui si lasciò. Decise di tenere il bambino ma non volle comunicare la notizia della gravidanza al gruppo... ed io ero l'unica a sapere.

La invitavo spesso a comunicare questa notizia perché il gruppo riportava dei sogni e delle fantasie di tipo persecutorio (perdite, allontanamenti, persone che non si trovavano più). La mia collega però, nonostante la gravidanza fosse ormai evidente, continuava a non voler comunicare la notizia... nel gruppo ormai aleggiava questo fantasma. Era ormai giunta al settimo mese ed io insistevo ancora ma lei mi disse: "Non me la sento! perché ho come paura che possano attaccare la decisione che ho preso di tenere il bambino e che vivano la mia gravidanza come un tradimento." "Ma questa è solo una tua fantasia – replicai - perché averne paura? "

Alla fine, dato che tra l'altro da lì a poco il gruppo si sarebbe comunque sciolto, prima di andarsene comunicò la notizia... la seduta successiva mi ritrovai da sola a condurre il gruppo che rimase in silenzio per ben 20 minuti. Io, che mi sentivo responsabile per quello che stava accadendo, non sapevo cosa fare... ero angosciata... c'era una pesantezza incredibile finché, ad un certo punto, mi sembrò come di vedere una pietra al centro del gruppo e mi venne in mente di raccontare una storia intitolata "La zuppa di pietra". C'è un viandante che bussa alla porta di una famiglia povera, triste. "Perché siete così tristi?" chiese il viandante "perché non abbiamo nulla da mangiare" risposero. Allora il viandante prese una pietra e disse: "avete dell'acqua, del fuoco e una pentola?" e mise a cuocere questa pietra finché alla fine non fu servita la zuppa di pietra e tutta la famiglia si sentì rallegrata di questo. Poi fece per andarsene e riprendersi la pietra e tutti gli dissero: "ma come? te ne vai e non ci lasci la pietra?" e lui rispose: "a questo punto potete farne anche a meno..."

Fu solo dopo aver raccontato questa storia che i ragazzi/pazienti cominciarono a parlare di ansie persecutorie... fu come se tutto il silenzio fosse stato dovuto allo svuotamento di elementi costruttivi e nutritivi del gruppo. Il racconto della zuppa di pietra permise invece di elaborare l'uscita della collega incinta... l'idea di fondo era, secondo me, che lei, lasciando il gruppo, avesse portato via tutte le sostanze nutritive del e dal gruppo. Finché era stata dominante questa fantasia, il gruppo era rimasto come paralizzato.

Dr. ?, medico: a proposito del discorso di questa mattina, è possibile che una persona possa essere contemporaneamente leader placentare e capro espiatorio?

Nella mia esperienza mi è capitato di vedere pazienti, specie quelli con complicanze gravi, che di fronte al grande professore hanno un timore quasi reverenziale e non esprimono nessun dubbio e nessuna critica, salvo poi lamentarsi di loro ed esprimere giudizi negativi in seguito.

Dr. Nesci: vedo che ha chiesto il microfono il prof. Giovanni Guerra che prima stava con noi e poi ci ha lasciato per andare ad insegnare a Firenze.

Prof. Giovanni Guerra, medico psicologo: un problema che mi ponevo, sollecitato dai vostri interventi, è se il filtro vada “buttato” o “curato” [si riferisce al lapsus del Dr. Salvatore nella lettura dei lucidi] nei reparti che raccolgono queste emozioni... alla fine gli operatori possono loro sentirsi buttati via. Anche la psicoterapia è lo strumento di raccolta delle cose cattive... si può finire per cogliere più l’aspetto di cura, di pulitura del filtro del lavoro.

Dr. Antonio De Luca: oppure c’è un’altra soluzione: incorporare il filtro da parte del malato, incarnarlo...

Dr.ssa Ernesta Marando: la placenta, in senso fisico, è sempre stata buttata, dopo il secondamento va all’inceneritore... ma, da qualche anno, sapendo che contiene dei principi nutritivi rigeneratori, anche in campo estetico la si sta recuperando e non la si butta più.

Prof. Pasnau: vi voglio riportare una mia esperienza personale di quando ero specializzando in psichiatria... allora facevo un gruppo insieme ad un conduttore anziano. Un giorno il gruppo si riunì e venimmo a sapere che il leader (il conduttore anziano) era morto. Rimanemmo tutti in silenzio per più di venti minuti... finché io presi la parola e cercai di esprimere il profondo dolore per quanto era avvenuto.

A quel punto gli altri mi si scagliarono tutti addosso dicendomi: ”Ma cosa dici, tu sei sempre stato in competizione con lui per la leadership del gruppo!” Ecco... in quel momento (per rispondere all’intervento del collega che poneva la domanda) divenni leader e capro espiatorio nello stesso tempo, quindi direi che è possibile.

Dr. Domenico Pietropaolo, medico sportivo: volevo fare delle considerazioni velocissime, anche perché quando prendo la parola poi parlo troppo... c’è un argomento che è stato appena sfiorato, quello del paziente che non accetta la terapia. Io nel terapeuta vedo la macchina... se la macchina non è quella giusta per il paziente questo si allontana. Ricordo una ragazza che soffriva di mal di schiena da circa 7 anni e che aveva provato già tutti i tipi di terapia possibili quando venne da me. La seconda volta che la vidi la trattai male perché rifiutava qualsiasi proposta terapeutica finché non partì per la Finlandia a trovare qualcosa a cui aggrapparsi...

?, infermiere: lavoro in un reparto di dialisi ed anche noi abbiamo avuto l’esperienza della nascita di una bambina... stavo ripensando alle macchine... da noi il paziente è presente e partecipativo quando lo attacchiamo alla macchina, una situazione del tutto diversa da ciò che avviene in cardiocirurgia [riferendosi all’intervento dell’anestesista]. L’insicurezza del paziente non nasce dalla macchina ma dall’operatore, che gli dà sicurezza o meno. Concludo con i filtri... una volta venivano riciclati, oggi non si fa più: vengono automaticamente buttati.

Dr. Polisenò: volevo portare una mia associazione clinica... estrapolerò una scena significativa di una mia paziente (una donna di cultura, che ha studiato ad Harvard, con tendenza all’intellettualizzazione, talvolta anche in senso patologico) che durante la psicoterapia ebbe un bambino. Interruppe il tempo necessario e poi tornò riferendomi più volte del suo desiderio di farmi conoscere il figlio.

Un giorno si presentò con il suo bellissimo bimbo di 14 mesi... io rimasi un po’ spiazzato... la feci accomodare e, per tutto il tempo della seduta, non feci altro che giocare con questo bimbo seduto nelle sue gambe. Io gli regalai una penna e lui faceva finta di restituirmela. La volta successiva, la madre mi spiegò che si era sentita molto confortata di avermi fatto conoscere il figlio e che io non avessi detto nulla... per la prima volta, mi disse, aveva sentito il bambino come veramente suo, contrariamente a quanto le accadeva nell’ambiente che aveva intorno e che la faceva sempre sentire giudicata riguardo alla sua capacità di essere una brava madre.

Prof. Pasnau: lo psichiatra è il farmaco...

Dr. Nesci: Bob ama ripetere questa frase di M. Balint "il farmaco più spesso somministrato dal medico è il medico stesso..."

Dr.ssa Angela Guarino, psicologa: sono una psicologa e mi occupo di Psico-Oncologia. Mi ha colpito la storia raccontata da Poliseno in quanto a noi terapeuti può capitare di dimenticare il ruolo di "supervisor esistenziali" di cui ci fanno carico i pazienti... siamo presi alle volte più dal nostro ruolo tecnico e sottovalutiamo questa idealizzazione nei nostri confronti che rende possibile il transfert.

Dr.ssa ?, psicologa: non so se è pertinente... ma dai miei ricordi di studi di tradizioni popolari, so che la placenta, in alcune culture, veniva cucinata e mangiata... anche i gatti la mangiano. In fondo la placenta è vita e morte, distruzione e creatività, come se la sua parte vitale ci fosse il bisogno di incorporarla.

Dr.ssa ?, psicologa: lavoro con gruppi di bambini... amano molto il gioco del filtro magico che può essere filtro vitale o portatore di morte. Mi è venuto in mente il sogno di una bambina che andava in un lago dove altri bambini facevano il bagno... in questo lago c'era una donna incinta che veniva intossicata da un pesce che era molto pericoloso. L'ambulanza, che era venuta a prenderla, si trasformava in una sirena della polizia accorsa per arrestare gli inquinatori del lago. Mi viene da pensare che questo filtro dell'acqua amniotica, per questa bimba, era anche pieno di veleno... mette in luce gli aspetti ambivalenti del filtro.

?, infermiere: volevo raccontare due episodi... quando facevo tirocinio come infermiere, conobbi una signora che era in dialisi da circa dieci anni... un giorno, a causa di un guasto tecnico, fece la dialisi attaccata ad un'altra macchina rispetto a quella che aveva sempre usato e alla fine disse che quel giorno la dialisi non era venuta bene... questo mi fa pensare al rapporto simbiotico che questi pazienti hanno con la macchina.

L'altro episodio si riferisce ad un amico di famiglia operato di tumore alla laringe, sposato e con una figlia di quattro anni. Al suo rientro a casa, la bambina dovette sbarazzarsi di tutti i suoi peluches perché potevano creare dei problemi allergici al padre. Questa bimba raccontò di un sogno in cui la sua casa era diventata l'ospedale e lì rivedeva i suoi peluches, nel letto, al posto del padre.

Dr. Nesci: questo caso dei peluches è stupendo perché ci richiama al caso di Bob, ma dillo tu Tommaso che sei più bravo a raccontare questa storia. [ridendo]

Dr. Poliseno: Domenico mi ha letto nel pensiero perché anch'io ho pensato subito al video che il Prof. Pasnau ci ha portato più volte gli scorsi anni. Il filmato racconta dell'incontro tra una famiglia (composta da una madre ammalata di tumore, la figlia di otto anni ed il compagno della madre, cui la bambina era affezionata come se fosse un padre adottivo) e dei consulenti che devono aiutare ad elaborare la comunicazione della diagnosi. Nel video, la bambina racconta della sua rabbia quando la madre tornava dalla chemioterapia e non era disponibile al rapporto con lei perché molto provata dalle cure. La bambina aveva allora regalato alla mamma il suo orsetto di peluches, Teddy (la bambina usava prenderlo a pugni quando era arrabbiata) e la mamma l'aveva portato con sé in ospedale, scordandosi di comprargliene un altro... Il filmato è di grande significatività, per l'operatore sanitario, in quanto mette in luce che ciò che noi offriamo al paziente non sono che le nostre difese, le nostre soluzioni personali, il nostro orsacchiotto di peluche... Questo "offrirsi" ha dei vantaggi perché è senz'altro un modo molto empatico di relazionarsi con l'altro, ma è anche

pericoloso in quanto ci può far sentire come svuotati... come se qualcuno ci togliesse il nostro orsacchiotto.

E qui ritroviamo tutta la tematica del fenomeno del burnout... ci possiamo sentire noi come dei filtri estenuati e buttati via... questo è il pericolo da evitare: il filtro vero è un terzo, una placenta inanimata, una “parte” che davvero si può buttare via.

Occorre distinguere questo terzo polo della vicenda... se rimaniamo su due poli, paziente ed operatore, stiamo sul piano del fronteggiamento mortale, che crea angosce primitive del tipo “mors tua, vita mea”...

Dr. Nesci: volevo riprendere a mia volta il lapsus di Giampaolo [il Dr. Salvatore] già ripreso dal Professor Guerra: curare il filtro, laddove il filtro viene invece buttato... quando i filtri venivano riciclati, infatti, era proprio questo che faceva ammalare i pazienti. Questi lapsus sono belli perché mettono in evidenza la stessa confusione: la confusione tra l’oggetto animato e l’oggetto inanimato. Non si butta né la madre né il bambino ma la placenta. Noi, le macchine le dobbiamo buttare e non riparare; è come quando facciamo un corso: noi buttiamo le vecchie tecniche, le vecchie ideologie, e cerchiamo di capire, attraverso le esperienze autentiche fatte sulla nostra pelle, come fare, cosa altro fare... ecco che allora ci capita di lasciare entrare il bambino di 14 mesi in seduta, e non interpretiamo un fico secco... le regole le dobbiamo saper buttare via quando è il momento di lasciare spazio alle persone.

Dr. Polisenò: in quel caso io ho buttato un elemento inanimato del setting, ma alle volte non sono solo le macchine che dobbiamo buttare [con tono allusivo] ma le organizzazioni...

Dr. Nesci [con lo stesso tono]: Andiamo a mangiare che è meglio!

Pausa pranzo

Dr. Nesci: Ricominciamo... direi che adesso siamo veramente liberi di dire ciò che vogliamo... cerchiamo di riflettere su quello che è successo stamattina... ripartirei da Marcela [la Dr.ssa Barria] perché, nella pausa, ci stava dicendo una cosa interessante.

Dr.ssa Barria: a proposito della bambina che si doveva disfare dei suoi peluches, riflettevo su quanto è difficile pagare il prezzo per fare dei passaggi nella vita, usando dei meccanismi di difesa per avere delle alternative senza buttare via niente... Pensavo alla tenerezza verso i pazienti: non deve essere una difesa primitiva, arcaica, che va a colludere con i bisogni del paziente... dobbiamo usare noi stessi come strumenti, dobbiamo capire, non essere intrusivi, rimanere nel nostro spazio, lasciar andare via il paziente, aiutarlo solo nell’utilizzare le sue risorse... Se non riesce questo lavoro, allora c’è il rischio di diventare scostanti, freddi...

Quando una mamma si comporta così con il figlio, il bambino tende ad aggrapparsi ancora di più, in modo patologico. Più si sente allontanato, più si attacca. Un bambino normale sta con la mamma un pochino, non 24 ore su 24. Questo è quello che tendono a fare, alle volte, i genitori divorziati... vogliono stare vicini ai bambini per tutto il tempo che hanno a disposizione e questi non ne possono più di loro.

Dr. Nesci: aggiungo che c’è il bisogno di “aggiornare” l’orsacchiotto, nel senso che l’abbandonare degli oggetti non deve avvenire attraverso una chiusura totale (genitori che ti tolgono drasticamente i tuoi oggetti...) Occorre aggiornare gradualmente questi oggetti affinché il bambino possa accedere ad esperienze più evolute invece di aggrapparsi patologicamente a quelle vecchie.

Dr.ssa Barria: si chiama ansia di separazione...

Dr.ssa Angela Baldassarre: stavo pensando all'importanza del trattenere alcuni oggetti ed eliminarne altri quando diventano zavorre... alcuni pazienti portano delle esperienze del passato pesanti come zavorre; è vero che il modello analitico permette una rielaborazione ma io credo che non tutto sia rielaborabile e digeribile... ci sono esperienze che vanno soltanto dimenticate, neanche risvegliate. Spesso è il terapeuta che tende ad accanirsi per seguire il proprio modello.

Dr. Nesci: il proprio orsacchiotto... Chi vuole il microfono? [ridendo] dopo pranzo ve lo dovete venire a prendere da soli...

Suor Maria di Lourdes: stavo ripensando al quadro di Goya di questa mattina... mi sembra che fosse l'ultimo quadro del primo periodo... era raffigurato il gioco della mosca cieca con al centro una persona bendata e gli altri tutti intorno a cerchio. Goya era diventato sordo e cieco... questo mi ha fatto pensare al malato che quando sta male ha tutti i medici intorno: è successo anche a me, come paziente, e ricordo che mi sono sentita soffocata... tutti stretti intorno ed io che non sentivo e non vedevo.

Dr. Polisenò: volevo aggiungere un richiamo che mi è tornato in mente quando Suor Maria ha citato il quadro del girotondo...ci sono molti elementi che riguardano le dinamiche del gruppo in quel quadro e che riguardano anche il gioco che facciamo oggi qui.

E' un quadro suggestivo perché raffigura un gruppo tutto unito, mano nella mano: chi sta al centro ha gli occhi bendati ma ha anche un bastone ricurvo in mano, che non può far male e che lo colloca ad una certa distanza dagli altri. Se chi sta al centro riesce a toccare qualcuno, questo qualcuno andrà al centro al posto suo ma è proibito toccare gli altri buttandosi addosso, sarebbe troppo facile, perché gli altri si tengono tutti mano nella mano. Il quadro dice bene quali sono le regole del gioco...se non ci buttiamo addosso ma creiamo quella distanza che ci permette di giocare, distanza dove le cose sono sempre un po' mediate, dalla tecnica, dalla metafora, esisterà la possibilità di stare con gli altri, di chiedere loro di stare nei nostri panni e nello stesso tempo di essere ciechi, di abbandonarci...

Dr. Nesci: [nel porgere la traduzione al prof. Pasnau] Tommaso è sempre un po' difficile ma proverò comunque a tradurre.

Dr. Polisenò: per chiarire meglio, visto che sono difficile, [ride] tra noi ed il paziente succede proprio questo, è come se dicessimo "se tu mi tocchi senza farmi male io mi posso mettere al posto tuo". Quando questo non avviene è perché avvertiamo la rabbia del paziente che vuole farci del male. A quel punto o ci paralizziamo o cominciano a dare risposte incongrue, soltanto razionali. Quando non abbiamo la giusta distanza rischiamo di cadere nell'angoscia fortissima di cui abbiamo parlato più volte in precedenza, ovvero il mors tua vita mea.

Dr.ssa Barria: ci troviamo nel pieno intergioco di identificazioni, proiezioni... che cosa mettiamo da parte e poi ricongiungiamo, di tutta la nostra conoscenza, e che ci porta a quella che la Klein chiamava posizione depressiva ovvero l'accettazione verso le nostre pulsioni... E' un equilibrio molto precario ma perché sia vivo deve essere precario, perché è la vita [che è strutturalmente precaria]... se le difese si fossilizzano non funzionano più.

Dr. Giovanni Hassan, psichiatra: mi è venuto in mente quando quest'estate sono stato in Canada e ho incontrato una mia parente lontana con la figlia di 13 anni... stavano di nuovo insieme da poco tempo perché agli inizi degli anni Novanta si erano dovute separare a causa dello scoppio della guerra civile, in Africa. Per tanto tempo la figlia aveva creduto che la madre fosse morta, poi l'aveva raggiunta in Canada.

Questa mia parente mi racconta di avere un problema con la ragazza da quando, tempo prima, era andata al cimitero con delle amiche a trovare un compagno di scuola che era morto. A quel punto la ragazza cominciò a chiedere alla madre di accompagnarla al cimitero (la maestra le aveva spiegato che al cimitero ci sono le persone che non ci sono più) perché forse lì c'era anche suo padre, morto durante la guerra. Il rifiuto della madre aveva avuto delle conseguenze nella figlia che mangiava sempre di meno ed era arrivata alle soglie dell'anoressia.

Dr.ssa Angela Baldassarre: nel caso che hai portato tu [si riferisce al racconto del dott. Hassan] c'è la richiesta esplicita della ragazza di ricordare... io mi riferivo al voler far ricordare a tutti i costi, che può essere più una necessità del terapeuta che del paziente! Anche nella comunicazione della diagnosi di tumore bisogna capire cosa, quanto, come... paziente per paziente... saggiare prima la sua capacità di reggere il peso della comunicazione.

Dr.ssa ?, psicologa: a proposito di oggetti zavorra e di quando si avverte che un paziente ci sta per lasciare... mi viene in mente un paziente che ha fatto un lavoro con me di una volta la settimana, molto intenso... è come se si fosse depurato di oggetti zavorra... ora sta meglio... mi ha riferito che le sue relazioni interpersonali sono molto migliorate e mi ha fatto anche capire che adesso vuole andare avanti solo con le sue risorse.

Dr. Antonio De Luca: volevo riprendere il tema del gioco di cui parlava il dottor Poliseno... il gioco che in meccanica permette la vicinanza e la distanza continua viene detto proprio "gioco". Mi è anche venuto in mente un verso del poeta G. Trakl di cui avevo già citato un verso nell'incontro di giugno...[ridendo] conosco anche altri poeti... [risata generale] Il verso del poeta parla di un viandante che guarda, aldilà di una finestra, una cena preparata. Passando, si rende conto di non far parte di quella familiarità, di esserne escluso. Il verso recita: "il dolore ha pietrificato la soglia..." Non c'è possibilità di passare, è come se io fossi irrimediabilmente estraneo a quel familiare... credo che nell'ansia di separazione sia costantemente ricercata questa familiarità, che la si può ritrovare in un'aula con facce sconosciute o con pazienti che possiamo far andare via... se si pietrifica la soglia però, io non ne posso far parte.

Dr. Nesci: stavo pensando al dolore che pietrifica... in fondo noi perché siamo diventati operatori sanitari? Anche con i pazienti noi abbiamo un "gioco" che consente di trovare una familiarità... forse, nella storia degli operatori sanitari c'è un dolore che richiede di poter giocare con questa soglia. Se questo gioco riesce, allora abbiamo il bravo operatore sanitario che non ha bisogno di pietrificare [il paziente] ma è capace di lasciarlo andare via... tanto, i pazienti, se li lasciamo andare... sanno anche tornare.

Dr.ssa Marinella Linardos: mi sembra che la maggior parte degli interventi di oggi ruotino intorno al tema del troppo vicino/troppo lontano, del troppo pieno/troppo vuoto. Pensavo alla pietra, protagonista del racconto della zuppa, ed all'equivalenza simbolica che la mitologia ha sempre stabilito tra la pietra e la gravidanza... Zeus riuscì a sfuggire al padre Crono, che mangiava tutti i suoi figli appena nati, perché la madre gli fece ingoiare una pietra fasciata, che fu scambiata per lui. Ritornavo con il pensiero anche a quel momento, nel racconto dell'anestesista di Firenze, in cui il cuore smette di battere ed in sala operatoria scende un silenzio di pietra. Tutto questo mi fa associare con il tema dell'avvelenamento di questa mattina. L'avvelenamento ha a che fare con un'ingestione, un'addizione... o con qualcosa che ci portiamo dentro da sempre?

Ripensavo alla tela bianca su cui poi Goya dipingeva. Il prof. Pasnau ci spiegava che era proprio il bianco il colore che conteneva la maggiore quantità di piombo e Goya lo usava sempre come preparazione di base su cui poi dipingere. Su questa tela è poi possibile raffigurare opere artistiche sublimi o costruire deliri e allucinazioni (pensavo ai Capricci). Ora, se assumiamo il bianco come metafora, esso rappresenta il colore/angoscia di base su cui ognuno di noi scrive la sua storia e che

rimane come base “illuminante” per tutti i colori successivi... è quel materno che ci portiamo dietro che può illuminarci o portarci alla disperazione.

Dr. Nesci: è una luminosità, dicono i critici di Goya, di madre-perla... pensate che bella cosa... la madre perla... anche quella è una gravidanza, in qualche modo, ma anche una risposta ad un corpo estraneo che entra nell’ostrica... l’ostrica produce la madre perla strato dopo strato per non essere troppo ferita da quel corpo... è quella luminosità che Goya metteva nei suoi quadri, avvelenandosi con tutto quel bianco, giorno dopo giorno. Il saturnismo, la malattia da intossicazione da piombo, era già noto ai Greci, ai Romani, agli Egiziani e forse allo stesso Goya, chissà... eppure, pur di avere la madre-perla, si è avvelenato per tutta la vita, come noi operatori sanitari... Non eri proprio tu, Marinella [rivolgendosi alla dott.ssa Linardos] che ci raccontavi che il centauro Chirone aveva una ferita inguaribile, talmente dolorosa che, alla fine, fu ben contento di scambiare la sua vita con quella di Prometeo e di potere finalmente morire al posto suo? “Ci vado io nell’Ade e tu torni libero visto che hai donato il fuoco agli uomini ma anche l’oblio...” E’ solo perché non ci ricordiamo più a che ora dobbiamo morire che abbiamo voglia di illuminare il mondo e di viverci dentro. Quello dell’oblio fu il primo grande dono agli uomini: prima vivevano nella notte, nella malinconia “tanto a che scopo fare delle cose se la simbiosi psiche-soma è talmente profonda che già conosci il tuo destino?” Ma se invece non lo sai...

Andrea Sabbadini, uno degli undici membri del nostro Comitato Internazionale [si riferisce al Comitato Scientifico del The International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals] è uno psicoanalista che vive e lavora a Londra ed ha scritto un libro dal titolo “Anche i paranoici hanno dei nemici” [risata del pubblico].

Ha lavorato a lungo con le vittime delle torture... nella psicoterapia con questo tipo di pazienti ci si trova, secondo lui, di fronte ad un dilemma: da un lato, per promuovere processi di integrazione, il terapeuta deve far ricordare una serie di esperienze traumatiche al paziente, ma, dall’altro, ci sono delle esperienze talmente dolorose che è meglio non far ricordare, se non si vuole correre il rischio che il paziente si tuffi nella malinconia, si chiuda in casa come in una caverna e non lo si veda più.

Il dilemma sta proprio nel quanto ricordare e quanto dimenticare, per integrare senza traumatizzare di nuovo per il fatto di trovarsi di fronte all’inguaribilità della ferita.

Forse, se noi operatori sanitari riconosciamo che siamo i primi portatori di una ferita inguaribile, possiamo diventare un po’ più indulgenti [ridendo], avere un po’ meno il “furor sanandi” di voler far crescere tutti a tutti i costi. [il dottor Nesci, nel porgere la sua stessa traduzione al Professor Pasnau gli dice: “Che peccato Bob che non parli l’italiano, cambia tutto nella traduzione!”]

Dr.ssa Barria: io conoscevo un’altra versione della “zuppa di pietra”: delle persone arrivano in una casa molto povera dove c’è soltanto una pietra da mangiare ma poi scoprono che ognuno possiede qualcosa, chi un pezzettino di carota, chi una piccola crosta di formaggio, chi un pezzetto di zucchini, finché alla fine viene fuori un’ottima zuppa con il contributo di tutti.

Dr. Nesci: [con tono divertito] ma questa è la scoperta del minestrone! Tradotto in termini dinamici è la forza del gruppo dove ognuno porta il suo contributo.

Prof. Pasnau: mio nonno, che era un pastore presbiteriano, mi raccontava la sua versione del miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci... in realtà, mi diceva, non ci fu nessun miracolo ma molto più semplicemente le persone, che fino ad allora si erano tenute ben stretto il loro pezzetto di pane ed il loro pezzetto di pesce e non volevano dividerlo con nessuno, furono convinti da Gesù a tirarli fuori dalla propria bisaccia... ed improvvisamente ce n’era per tutti!

Dr. Giovanni Hassan: i miei ricordi di Bibbia sono un po’ sfumati ma, mi chiedevo, non fu Gesù ad essere tentato dal diavolo nel deserto che gli disse: “se sei così bravo, trasforma in pane questi pezzi

di pietra”? Noi operatori sanitari siamo in queste condizioni: vediamo il paziente come il diavolo che ci chiede di fare cose che non possiamo fare...

Dr.ssa Angela Baldassarre: volevo sottolineare la differenza tra la zuppa di pietra ed il minestrone [risata del pubblico]. La storia della zuppa che ho riportato, nella mia versione, mi venne in mente in una situazione in cui il gruppo che conducevo era davvero paralizzato e nessuno poteva dare nulla. La zuppa indicava che persino una pietra può dare nutrimento ed anche sapore, anche quando a noi sembra impossibile. Il minestrone è un passo successivo che avviene quando ognuno può riconoscere di avere qualcosa da dare.

Dr.ssa Barria: nella versione che conosco io ognuno sente che c'è qualcosa di buono da dare.

Dr.ssa Angela Baldassarre: nel mio gruppo invece c'era solo la paralisi.

Dr. Polisenò: ripensavo al concetto del dolore pietrificato con il quale non si può far nulla, in apparenza, e di fronte al quale rimaniamo tutti come congelati.

La favola suggerisce due questioni importanti. La prima è la possibilità di uscire dalla pietrificazione quando comunque si hanno delle risorse, come suggerisce il racconto (dell'acqua, del fuoco ed una pentola). L'altra questione è che quest'esperienza ha anche un altro valore, più implicito: tu [riferendosi alla dott.ssa Baldassarre] hai scongelato una situazione raccontando una storia... vi ricordate del gruppo in dialisi di cui parlava Giampaolo [dott. Salvatore] questa mattina? Ci ha ricordato come il secondo gruppo, che si è formato a distanza di vent'anni dal primo, non sia fallito (come invece era successo nella precedente esperienza) proprio grazie alla consapevolezza, cresciuta piano piano e recuperata attraverso il livello narrativo di ciò che era successo in precedenza. Noi, oggi, attraverso la catena associativa abbiamo buttato nel calderone una quantità enorme di cose che sono difficilmente integrabili tra loro in quanto appartengono al mondo interno di ognuno ma che possono essere integrate se ci inventiamo una favola, un discorso, che va ad integrare tanti pezzi sparsi altrimenti non integrabili. Tu, in quella situazione di gruppo, avevi colto, attraverso la potenza della metafora, tutto quel dolore, e sei riuscita a sbloccarlo.

Dr. Nesci: ma è proprio vero! Una delle storie che raccontiamo sempre, io e Tommaso, è quella di Perseo e Medusa... l'eroe Perseo doveva conquistare la testa di Medusa, per salvare la madre, ma come faceva a farlo se lo sguardo del mostro è uno sguardo che solo ad incrociarlo pietrifica? Ecco l'importanza delle tecniche: attraverso lo scudo riflettente! L'eroe incontra lo sguardo di Medusa indirettamente e riesce a tagliarle la testa... ma allora che cos'è il nostro lavoro? È creare mediazioni, spazi di elaborazione, tecniche tali che lo sguardo del mostro non ci aggredisca in modo diretto e paralizzante, ma ci arrivi piuttosto in modo tale che possiamo riflettere su di esso con la nostra scienza, la nostra cultura, le nostre storie... perché pensate che esiste la narrativa? Perché le persone passavano la vita a raccontarsi le storie?

Prof. Guerra: anch'io stavo associando su minestrone e calderoni... mi vengono in mente calderoni meno rassicuranti... la nostra esperta di miti conoscerà il contenuto del calderone di Medea e sa cosa si cucinava là dentro... [rivolto alla dott.ssa Linardos] Esistono livelli diversi di condivisione perché non c'è dubbio che un conto è la condivisione dell'esperienza lavorativa in un gruppo, come quello di operatori della dialisi ad esempio, ed un altro conto è la condivisione dell'esperienza, con il malato, della sua malattia. Sappiamo bene come ogni paziente si adatti in modo differente alla sua malattia... mi vengono in mente due casi di pazienti in attesa di trapianto di midollo ai quali somministravi due interviste, in entrata e in uscita.

Il primo paziente raccontò di come era stato convinto ad eseguire l'intervento dal suo medico curante "non ci sono tante speranze, però veda lei, arriverci". Il paziente riferì: "che bravo quel professore, mi ha convinto!" Fece il trapianto ed andò tutto bene. Alla domanda su come aveva

passato il periodo di isolamento rispose: "è passato, l'unica scocciatura erano tutti quegli infermieri che non facevano altro che chiedermi come stavo, come mi sentivo... non ne potevo più!" Dopo le dimissioni non si fece più vedere in reparto. L'altro paziente, molto più realista (a mio avviso) dopo le dimissioni affittò una stanza in un albergo vicino all'ospedale e tutti i giorni faceva su e giù con il reparto.

Ora, è chiaro che, nel primo caso, il paziente era ricorso a potenti meccanismi schizo-paranoidi, primitivi, e aggiungo, assolutamente adeguati, mentre, nell'altro caso, la condotta del paziente, pur più in contatto con la situazione, ha portato ad un fallimento nel suo processo di adattamento. Ogni paziente segue percorsi diversi ed allora la nostra funzione è quella di rispettare questi percorsi: la condivisione è il pre-requisito tecnico necessario all'interno dello staff curante, mentre con il paziente dobbiamo ricercare quali sono gli elementi della condivisione. Aggiungo una cosa che mi racconta mia moglie, che lavora in pediatria... molto spesso i genitori dei neonati che sono stati ricoverati non tornano volentieri a salutare gli operatori.

Dr.ssa Angela Baldassarre: c'è la gratitudine di chi può tornare a salutare e di chi non può ricordare perché troppo traumatizzante...

Dr.ssa Marinella Linardos: a proposito di minestrone e zuppe, per non uscire di qui con l'idea che tutto questo materiale sia rimasto come non digerito, vorrei ricordare come il potere magico della pentola, nelle favole, è quello trasformativo... ogni cosa è possibile là dentro ed è sempre una magia... Certo, c'è bisogno del fuoco, e qui di nuovo incontriamo Prometeo ed il potere della tecnica e del saper fare, abbiamo bisogno dell'acqua, che è un elemento materno che dona la sospensione, ma tutto questo è possibile perché esiste un contenitore magico nel quale avvengono i fenomeni.

Dr. Antonio De Luca: è necessario parlare anche del cuoco, oltre che del minestrone... è lui che amministra gli elementi, e sa anche come servirli... mangiare pietre è impossibile. Dobbiamo riuscire a giocare con questi elementi e far finta di mangiare.

Dr. Giovanni Hassan: riflettevo sulle pietre... guardando le signore vedo che portano delle pietre preziose. [ridendo]

Dr.ssa Barria: riprenderei la metafora di Winnicott sulla mamma sufficientemente buona che riesce a digerire le angosce del bambino e a restituirle fin dove il bambino può arrivare... un bambino di un giorno non è come uno di tre mesi. Se noi ci accontentiamo del livello cognitivo di quel bambino, possiamo anche capire quali sono le emozioni legate a quella percezione. Qui siamo nel mezzo della diatriba Bowlby-Stern che affermano che il bambino può internalizzare ciò che può percepire e la Klein che afferma che il bambino può percepire solo quello che è in grado di cogliere affettivamente. Un bambino che si trova in uno stato mentale frantumato, perché ha fame e nessuno lo nutre, quando finalmente gli verrà presentato il seno rimarrà pietrificato, mentre un altro bambino, che ha qualche elemento in più per poter tollerare l'angoscia, sarà più disposto a cogliere ciò che l'ambiente può offrirgli in quel momento. Molto spesso gli oncologi si lamentano che il paziente non capisce quanto gli viene riferito e non capiscono come dietro agisca una negazione... è necessario ripercorrere le oscillazioni del paziente. Anche con i bambini adottati succede spesso questo... gli viene detto in tutti i modi che sono stati adottati ma continuano a non capire.

Dr. Antonio De Luca: anche il letto di Procuste credo che fosse di pietra... se la persona non era di lunghezza giusta veniva accorciata o allungata... non vorrei che sia il paziente a doversi adattare al nostro letto!

Dr. Vincenzo Pannella: uscirò da questo incontro con qualche pietra in meno e con un po' di minestrone in più... percepisco questi incontri come trasformativi, ci metti dentro delle pietre e ne esci alleggerito. A molti convegni a cui vado, mi capita di uscire sentendomi vuoto, c'è chi sa da una parte e chi non sa dall'altra, invece qui c'è questa circolarità in cui ognuno mette qualcosa che rincuora. [applauso]

Dr. ?, psicologo: vengo da Firenze... si sente eh? [ride] devo dire che sono molto contento di essere venuto... a me piace molto scrivere ma non ci riesco finché, dopo qualche mese d'analisi, ho capito perché... vedere Goya che attraverso la sua follia si è liberato e si è messo a dipingere quadri non più su commissione ma per se stesso mi è molto piaciuto... ho associato quanto avete detto con un racconto di L. Carroll "Alice nel paese delle meraviglie"... mi pare che dopo aver mangiato una mela si rimpicciolì e...

Dr. Nesci: era un fungo... il libro di Carroll non l'ho mai letto ma ho visto molte volte il film realizzato da Walt Disney! [risata generale]

Dr. ?, psicologo: dopo aver mangiato il fungo diventa talmente piccola che non riesce più a riconoscere il mondo come qualcosa di suo, e questo mi fa pensare all'adolescenza... poi c'è il personaggio del coniglio, e quello sono io che tendo sempre ad accelerare i tempi, anche con i pazienti (quei pochi...) ed infine c'è il cappellaio matto, e non a caso era un cappellaio perché oggi ho saputo che il feltro dei cappelli veniva lavorato con il piombo... questo è stato il mio filo associativo.

Dr.ssa Angela Baldassarre: voglio esprimere anch'io il piacere e la soddisfazione di essere venuta qui, anche di Sabato. L'elemento che mi ha arricchito tantissimo, oltre al piacere di sentire gli interventi, tutti legati tra loro, anche se apparentemente non lo erano, è stato quello di ascoltare gli interventi di colleghi con competenze diverse, medici, infermieri... 20 anni fa era impossibile, si litigava... ognuno sentiva gli altri interventi come minacciosi per la sua identità emergente.

Dr.ssa Ernesta Marando: guardando il programma vedo con dispiacere che manca solo un altro incontro... vorrei pregare gli organizzatori di proseguire la tradizione e farci avere al più presto un'altra locandina! [applauso] So che è faticoso, non so... se volete vi possiamo aiutare in qualche modo.

Prof. Pasnau: sento che siamo vicini alla conclusione e volevo dire qualcosa... innanzitutto volevo ringraziare Domenico e tutto lo staff per l'invito... poi tutti voi che avete partecipato per i vostri contributi. C'è una frase in inglese che è una doppia negativa che dice letteralmente: "abbiamo lasciato nessuna pietra non rivoltata..." comunque voi italiani parlate sempre di cibo, di zuppe, di minestrone... [risata del pubblico]

Anch'io ho una storia che parla di una zuppa... Quando ero specializzando in Psichiatria il mio professore mi disse che fare psicoterapia è come fare una zuppa: se c'è troppa ansia, bolle troppo e non viene bene... mentre se di ansia ce n'è troppo poca, la zuppa non si cuoce... è molto importante saper modulare i propri livelli di ansia. La stessa empatia, sulla quale Greenson, uno psicoanalista di Los Angeles, ha scritto molto, si caratterizza per la distanza ottimale che si riesce a creare nella relazione terapeutica: se si sta troppo lontani c'è un'inibizione dell'empatia ma anche se si sta troppo vicini c'è il pericolo della perdita di controllo. Ma è anche vero che non si può trovare la giusta distanza se prima non lo si è perso, il controllo! [risata dei partecipanti] Ci vogliono almeno 20 anni per fare una sufficiente esperienza...

Dr. Nesci: quindi tranquillizziamoci!

Prof. Pasnau: abbiamo parlato molto anche del pensiero magico... nel libro di Domenico su Jonestown si capisce molto bene come ci sia una regressione distruttiva nell'uso del pensiero magico legato alla costruzione di un gruppo sinciziale. Ma lo stesso Freud in "Totem e tabù" aveva suggerito l'estrema importanza di avvicinarsi a questi livelli di funzionamento mentale del pensiero... tutti noi vogliamo vivere nella magia... chi di voi ha bambini conoscerà le avventure di Harry Potter... in una di queste storie Potter va ad una scuola di magia ed uno dei corsi è proprio sull'uso dei veleni... essi fanno parte del mondo magico.

A proposito dell'intervento dello psicologo di Firenze, i cappellai usavano il mercurio e non il piombo nella lavorazione del feltro. Il cappellaio doveva passare con la lingua e tra le labbra il cappello per dargli la forma giusta ed è per questo che gli veniva l'encefalopatia da mercurio... anche il colore rosso che usava Goya conteneva del mercurio.

Abbiamo parlato molto anche di macchine e di pietre e non vi nascondo che anch'io ero un po' "pietrificato" all'idea di trovarmi qui, io che non sono psicoanalista, in mezzo a tanti psicoanalisti che parlano un'altra lingua... ed invece mi sono sentito a casa e vi ringrazio per questo. [grande applauso del pubblico]

Dr. Nesci: permettete anche a me una brevissima conclusione... ripensavo al quadro che abbiamo messo nella locandina di questi nostri incontri "La Leda e il cigno"...

Nel quadro si vedono delle uova che si schiudono e da cui usciranno dei gemelli... ora, senza soffermarmi sui gemelli, visto che abbiamo parlato tanto delle pietre, volevo richiamare l'attenzione sul fatto che anche il guscio di un uovo ha a che vedere con la pietra, perché è una parte dura, che protegge, che è un buon contenitore, e che si schiude al momento giusto per far uscire fuori i pulcini... ecco mi sembrava una bella metafora di quanto riusciamo a fare alle volte con i pazienti. Grazie a tutti e ci rivediamo il 28 di questo mese.

[lungo applauso finale]