

Sogni minacciosi in un gruppo omogeneo di pazienti in attesa di trapianto renale

Antonia Staforelli Mosca, Luis Suarez Gaensly

Abstract

Il presente scritto nasce dall'esperienza di una Psicoterapia Analitica Breve di Gruppo, con un insieme di pazienti in dialisi per danno renale cronico e in attesa di un trapianto renale. L'esperienza ebbe luogo durante l'anno 1997, nell'Unità di Psichiatria di Collegamento del Servizio di Psichiatria dell'Ospedale "El Salvador" di Santiago del Cile. Gli autori ebbero l'opportunità di osservare da una parte le domande di aiuto psicologico formulate dall'équipe di trapianto e dai pazienti dell'ospedale e dall'altra la difficoltà ad essere sostenuta dell'équipe psicoterapeutica di questo Centro.

Paole-chiave: regressione nel gruppo, funzione onirica, sedute di gruppo, processo di sviluppo

1. Introduzione

Per far fronte alla problematica presentata dall'équipe e conoscendo l'efficacia della tecnica psicoanalitica di gruppo ci avventurammo in questa sfida che racconteremo in seguito.

2.- Ostacoli e difficoltà: figura e sfondo

All'interno delle difficoltà che noi incontrammo, due di queste si presentarono fin dall'inizio: la prima fu la limitazione di tempo a nostra disposizione, che si risolve adottando un modello di psicoterapia dinamica breve di gruppo, con riferimento a Nacher e Camarero (1995). Concordammo con W. Piper (1995), la possibilità di lavorare con terapie brevi, grazie alla conoscenza della sua esperienza, che consiste nell'elaborare i lutti in terapie brevi di 12 incontri, con pazienti che hanno sperimentato difficoltà nella elaborazione della perdita di una o più persone. A conferma della brevità e dell'importanza che vogliamo dare alla nostra esperienza clinica con questo particolare gruppo di pazienti, non ci dilungheremo nel significato di quello che può essere una spiegazione del "Perché il gruppo? e Perché breve?". All'inizio, vorremo segnalare che numerosi autori concordano che, dentro le terapie di gruppo, si può produrre un'accelerazione dei processi di presa di coscienza dei ruoli, sulla base di quello che può essere inteso come concetto di transfert multiplo del quale alludendo a immagini grafiche, potremmo dire con Greenberg "l'analisi individuale è uno specchio che dobbiamo mettere in diversi angoli per vedere tutto, invece il gruppo è una stanza tappezzata di specchi, dove non possiamo guardare in nessun lato senza vederci riflessi"

(Greenberg et al. 1959). La seconda difficoltà che ci sembra importante, visto che ha messo in pericolo il proseguire dell'esperienza, consiste in una mancanza di considerazione dello psicologico nella cultura ospedaliera, - da noi intesa come una diminuzione dell'importanza della relazione medico paziente, con una tendenza verso la posizione di parcellizzazione dell'essere umano che è stata motivo di conflitto in numerosi centri ospedalieri. La soluzione di tale problema starebbe, secondo Parada (1997), nella possibilità di tener conto della "persona sofferente" e non solo dei corpi come unico campo di interesse. Ciò che abbiamo appena espresso si può riscontrare negli interventi del personale medico e paramedico. Nella prima delle riunioni preparatorie con l'équipe dei Trapianti, dopo una lunga attesa, ci hanno comunicato che la sala che ci era stata assegnata, era stata occupata per una riunione di carattere medico, "più importante".

In un'altra occasione si suggerisce che la terapia sia fatta durante il tempo in cui si dializzavano i

pazienti, perché: "Molti si annoiano tanto, così passerebbe il tempo più rapidamente". In questa maniera, si comunicava ai probabili partecipanti al gruppo che dovevano prendere parte ad alcune "chiacchiere", che avevano a che fare con il trapianto e che se non fossero stati disponibili non avrebbero potuto fare il trapianto. Tutti questi interventi, molte volte a fin di bene a livello conscio, ci mostrarono la possibilità dell'esistenza di un conflitto di tipo inconscio non risolto nei confronti del nostro lavoro; da una parte occorre la necessità di un aiuto psicologico in campo medico e dall'altra la si svalorza. Secondo Liberman (1976), esisterebbe in questo tipo di comunicazione, una perturbazione a livello pragmatico.

3.-Ipotesi di lavoro: L'onirico e il regressivo nel gruppe

L'informazione che avevamo circa questo gruppo omogeneo di pazienti era che presentava un'alta incidenza di manifestazioni depressive. Questa sintomatologia si presentava nel periodo in cui i pazienti dovevano sottomettersi alla dialisi, aspettando il trapianto renale. Dopo il trapianto, si osservava una tendenza alla riapparizione del quadro depressivo, fatto che sorprende non solo l'équipe medica ma anche il paziente stesso. La comprensione basata sul senso comune di questa depressione post-trapianto era spiegata dall'Equipe con diverse ipotesi. La più utilizzata era: "si abitano a funzionare come bambini, sempre seguiti e abituati che gli si faccia tutto. Poi, gli costa fatica tornare ad essere indipendenti". Accettiamo come premessa fondamentale che è un gruppo di pazienti traumatizzati per i numerosi lutti che hanno dovuto affrontare, a cominciare dalla prima perdita che sarebbe quella della funzione renale. Poi si sommano una catena di perdite: lavorative, affettive, sociali, e altre, anche per la diminuzione del tempo libero, fra altri motivi; queste finiscono per innescare un isolamento che implica la perdita della propria rete di appoggio e del proprio progetto di vita. Pensiamo che questo particolare gruppo di pazienti si trovava già all'inizio della terapia in uno stadio regressivo. Questo stato lo possiamo intendere come una regressione alla dipendenza

estrema e alle sue ansie, fantasie e difese corrispondenti. Ciò si fece osservabile nel modo di relazione che i pazienti stabilirono con gli oggetti che configurano il mondo dei dializzati, come i medici, gli infermieri, gli ausiliari e la macchina di dialisi. Detto in altre parole, la regressione traduce un fatto fenomenologico nel soggetto in generale e in questo gruppo in particolare, funziona come un modo difensivo e allo stesso modo adattivo della realtà pulsionale interna e ambientale. Entrambe le realtà in questo gruppo erano piene di richieste nuove e trabordanti. Per Freud : "il sognare nel suo insieme è una regressione alla condizione anteriore del sognatore, una rianimazione della sua infanzia, dei movimenti pulsionali che lo governavano allora e delle modalità di espressione di cui disponeva". Un'altra fonte di riferimento, ci informa che il processo regressivo scatena la prevalenza di modi figurativi e sincretici di espressione, che sono paragonabili al sogno, anche senza essere allucinatori. (Gallo Mezo, 1998). Inoltre, Freud pensava che i sogni, non solo esprimessero il biografico individuale, ma mostrassero anche il più arcaico del genere umano, riepilogando le fasi primitive della storia umana, utilizzando le teorie di Darwin sull'orda primitiva, apportando nuovi sviluppi alla teoria psicoanalitica della figura paterna, dell'incorporazione orale, dell'identificazione, della colpa, del padre morto simbolico, della teoria religiosa, etc. (C.Silvestre, citato da Gallo Mezo (1980).

Dunque, tenendo conto della correlazione esistente tra la regressione e il sogno, possiamo postulare

che l'esperienza di vita di questi pazienti, è attraversata dal regressivo e dall'onirico. La dipendenza estrema che genera il collegarsi alla macchina di dialisi, che implica la lotta per la vita e il timore della morte, che evoca i primi stadi di sviluppo descritti da M. Klein, può essere inteso come un sogno dove compaiono i contenuti latenti con alte quantità di angosce persecutorie, che in seguito sono raffigurati in maniera onirica, attraverso dei contenuti manifesti fortemente idealizzati, collocati nell'équipe medica, la macchina e dopo, precocemente, nei terapeuti all'inizio della terapia. Ciò che abbiamo espresso prima lo consideriamo frutto di difese onnipotenti e lo interpretiamo come "la maschera", che occulta le angosce più profonde, come vedremo più avanti. Il nostro lavoro si centrò nell'elaborazione di questo "sogno", facendo conscio il latente dei suoi racconti manifesti, questo ci portò al riscontro di fantasie arcaiche e pertanto molto temute. Pensiamo con Bion, che il gruppo psicoanalitico si costituisce nel momento in cui gli individui che formano il gruppo, si trovano tutti nello stesso stato regressivo. Questo si osservò in modo spontaneo e fin dall'inizio del gruppo descritto da noi. Ciò evoca il momento in cui il bambino richiede per il suo sviluppo, la funzione di una mamma contenitiva capace di una funzione di reverie, come la descriveva lo stesso Bion. Pensiamo che questi pazienti possano considerare questa macchina di dialisi, come una madre che disintossica; però in questo stato di estrema dipendenza si genererebbero un'insieme di angosce di carattere molto primitivo che non sono metabolizzate e che potrebbero scatenare diversi processi psicopatologici, arrivando perfino alla possibilità di un rigetto del trapianto renale. Il nostro lavoro, allora, si consisterebbe nell'aiutare questa disintossicazione mentale, collocandoci nella posizione terapeutica facilitante di un

ambiente contenitivo, che permetta una circolazione delle angosce schizo-paranoidi e depressive. Ganzarain (1995), in riferimento alla psicoterapia di gruppo, segnala l'esistenza di diverse tendenze toriche-tecniche, dentro e fuori dello psicoanalitico. Inoltre, Sandler (1983) ritiene che frequentemente la pratica psicoterapeutica si basi su una posizione teorica, che spesso rimane implicita. La nostra formazione particolare, si basa sulle teorie di Freud e post-freudiane di Klein e Bion e di altri autori. E così come con Parloff (1968), combinammo successivamente interpretazioni che abordavano l'intrapersonale e l'interpersonale, con quelle che vedevano il gruppo-come-un-tutto, in una visione non esclusivista, e quando lo facevamo, lo abbiamo concepito seguendo Davanzo (1998); questo è un cammino obbligato nel lavoro ricorrente dell'interpretazione, è il "working-through", sottolineando l'"insight" che evidenzia un comune denominatore fra i contesti dell'esperienza esterna contemporanea e quella infantile, con il suo apporto genetico. Quando questo "patron vincular"(patrono vincolante) è arricchito dall'impatto dell'interpretazione del transfert, vale a dire, il vissuto del "qui ed ora" della seduta, permette di non incorrere nell'intellettualizzazione. Ad ogni modo, il nostro lavoro è consistito nel dare nuovi significati a quello che irruppe, che traboccò, che paralizzò la crescita mentale e bloccò il risultato di una maggior complessità vincolare. (Pujet, 1996).

4.- Sviluppo

Riunimmo undici pazienti, dei quali due disertarono prontamente, nella seconda seduta, per il "cambiamento dell'orario della dialisi".

Nella prima seduta si stabilirono le regole della terapia, la durata della medesima (14 sedute) e si insistette a comunicare con libertà tutto quello che si riferiva a se stessi come agli altri e quindi si invitò ognuno a presentarsi, "chi sono e cosa mi sta' succedendo". Le interpretazioni furono concentrate tanto nell'individuo che nel gruppo come un tutt'uno, includendovi le relazioni. (H. Davanzo). Le sedute furono condotte in coterapia e con due osservatori, entrambe psicologhe in tirocinio. I contenuti manifesti espressi nella prima seduta mostravano una dialisi idealizzata. I partecipanti al gruppo si sforzavano di mostrare ai terapeuti e ai loro compagni, che rapidamente si sentivano meglio già nelle prime dialisi, che non avevano nessun problema di nessun genere, con la dialisi perché: "se non fosse per la dialisi saremmo morti". Inoltre riconoscevano di essere trattati con cura e affetto. Altre frasi dette dai pazienti evidenziarono quanto detto: "da quando ho cominciato la dialisi ho cominciato a vivere", "si può mangiare di tutto prima della dialisi, tanto ci pensa la macchina", etc. Non c'è stata nella seduta comunicazione di aspetti negativi. Nella seconda seduta già si intravedono aspetti diversi, il che ci permette di pensare che ciò che è successo precedentemente, ha a che fare, secondo il nostro

parere con la necessità di negare la realtà psichica sofferente, che nasconde contenuti latenti altamente primitivi. Come vedremo nello sviluppo di questa comunicazione, questo gioco dialettico di resistere all'esperienza emozionale, e anche di desiderarla, è sempre presente. Potremmo pensarlo come il gioco permanente della deformazione onirica, che non permette il passaggio verso la coscienza dei pensieri inconsci. Proseguendo con la seconda seduta, dopo un lungo silenzio comparvero alcune tematiche, come il presentarsi con una "maschera" agli altri, come nella dialisi: "uno non può mostrare, né dire alla propria famiglia quello che sta passando, si preoccuperebbero". Ciò che abbiamo detto precedentemente si presenta come un "atteggiamento" che scompare poco a poco e che fu ripetutamente indicato e interpretato e, che consisteva nel: "mostrarsi ai compagni e ai terapeuti con un sorriso amabile, come se niente fosse un peso o un disturbo". Poi, poco a poco, si fa evidente lo stato di confusione come una difesa per non sentire dolore psichico. Questo è legato alla fuga di angosce di frammentazione già esistenti. Per esempio una paziente dice: "Io non ho nessun problema perché ho fiducia solo in Dio", e dopo mostra il braccio deformato da una fistola, con espressioni che dimostrano la sua rabbia per questa condizione, presentando immediatamente contenuti come "la negazione della fistola". Più tardi si realizza una conversazione di gruppo sui rapporti con il personale della dialisi, per esempio: "Io porto sempre regalini all'infermiera", e poi "Però a volte non posso portarli e lei rimane come se se lo aspettasse, dipiaciuta". Un altro paziente asserisce che le infermiere sono molto premurose, ma subito dopo raccontano che li lasciano da qualsiasi parte, vicino alle finestre, nelle correnti d'aria senza preoccuparsi se prendono la polmonite". Ciò che abbiamo detto sul personale della dialisi, si interpreta nel transfert dopo il racconto di una paziente che risultò molto efficace per la comprensione di quello che stava succedendo nel profondo. La paziente raccontò: "ero in dialisi e ho vomitato tutte le lenticchie che sono state lanciate ovunque". Questo si interpreta come il timore di esprimere nel gruppo le proprie proteste e emozioni che sono sentite come vomito, e lei non sa se saranno o no tollerate e accolte dai terapeuti e dal resto del gruppo. Questa interpretazione è formulata costantemente, in diverse forme e in diversi momenti, data la resistenza gruppale. Dopo un duro lavoro, compare l'idea portata da un membro giovane del gruppo, che aveva sui 30 anni, che racconta: "Io non devo essere grato a nessuno, io non ho motivo di rendere la vita gradevole a loro (dottori e infermiere). "Ammiro che lei ringrazi Dio, quando io la prima cosa che perdetti fu la fede, prima ero molto vicino alla Chiesa, adesso non ho smesso di piangere un giorno da quando mi hanno attaccato alla macchina. Uno non lo accetta mai, nessuno, mai lo potrà accettare. E' difficile da capire, bisogna stare al nostro posto. Credo che nessuno possa essere indifferente, dopo questo...la mia vita cambiò".

Questo si interpreta come il timore che possa succedere qualcosa se si connettono qui al gruppo-
macchina: Come ci rimarranno? Ci sarà o no qualche beneficio? O meglio, si andrà a ripetere un'esperienza dolorosa che rimarrà camuffata da un sorriso o da un'apparente buon umore? Allora interpretiamo se qualche volta possano "vomitare le lenticchie" senza che ci spaventiamo di questi contenuti che vengono dal loro interno, o se non

saremo capaci di capirli, se noi "non stiamo nella loro pelle". Questo giovane paziente risponde che questo è certo, con il consenso non verbale del gruppo. Questo non sembra importante, secondo Claudio Neri (1995). Quello che è successo qui è un racconto o narrazione efficace (il sottolineato è nostro), quel raccontare che riesce a stabilire un contatto diretto con le persone che ascoltano. Questo paziente aggiunse che perse il suo lavoro e ruppe la sua relazione di coppia, "perché non volevo che fosse per pena che stessero con me". Aggiunge: "venni in terapia perché me lo chiesero i miei genitori, infatti, i miei genitori sono sempre preoccupati per me, mi trattano con compassione, quello che odio.... Penso che voi (dirigendovi ai terapeuti), non potrete capirlo". Il precedente racconto è confermato dagli altri membri, o verbalmente o con i movimenti della testa. Dopo, in un clima emozionale diverso, si parla delle paure, le angosce, la solitudine che questa condizione provoca e il bisogno di avere uno spazio come questo per "vomitare le lenticchie". Questo ultimo momento emozionale si connette con l'idea di uno stato germinativo del gruppo concetto di Foulkes- che significa avvicinarsi al gruppo con l'immagine dell'ovaio dove sono presenti numerose cellule-uova e il terreno germinativo. Si evidenzia la dimensione germinativa del gruppo e il suo carattere contenitore, all'interno del quale possono prendere forma gli elementi che non sono stati individualizzati (1995). Quindi, ci sembra che ciò che è stato espresso da Parthenope Bion Talamo (1995), sulla mentalità di gruppo di lavoro e sulla mentalità primitiva, -che si esprimono come istanze copresenti e contrapposte-, tenga meglio conto dei movimenti manifesti in queste prime sedute, visto che insieme all'apparizione dei presupposti basilari specialmente di dipendenza che ricorrerà nel processo terapeutico, e di attacco e fuga- appare il rudimento di un pensiero collettivo di ciò che sta significando "connettersi" alla macchina di dialisi e "connettersi" al Gruppo. Questo rudimento di pensiero collettivo sottolinea il corso della terapia, nel quale si sviluppa il modello transferenziale del gruppo-come-un-tutto, relazionandosi innanzitutto con i terapeuti come una macchina di dialisi che, oltre a fargli del bene li può danneggiare. Questo timore paranoide si occulta sia per i terapeuti che per il personale dell'unità di dialisi per paure vendicative e di retaggi. L'ammontare aggressivo di queste percezioni deformate proviene dalla rabbia che gli provoca dipendere estremamente da una macchina-terapeuta-mamma, che attiva angosce immediate della posizione schizo-paranoide. Questo interessa al fine di capire il processo di questo gruppo, come possiamo vedere nella seduta n°10 alla vigilia di Natale (24 dicembre), dove emergono e si approfondiscono fantasie di tipo persecutorio legate alle angosce midollari e più rappresentative di questo gruppo particolare di pazienti. La seduta si caratterizza per la bassa presenza, meno della metà (7 persone). L'antecedente si interpreta come una comunicazione non verbale di contenuti che possono essere molto difficili da esprimere; infatti questa difficoltà è maggiormente presente al momento in cui vengono poste delle petizioni dirette ai terapeuti in modo che, in attesa delle festività, non si interrompa la terapia, perché per loro queste date sono "come qualsiasi altro giorno". Un paziente risponde per il gruppo dicendo: "nelle feste ci sono molti incidenti, qualche volta le persone non vengono perché aspettano nelle proprie case che li chiamino" (si riferisce all'attesa di un donatore). Il gruppo risponde con risatine nervose e espressioni facciali di spavento. Questo si interpreta nel seguente modo: "sembra che sia

difficile parlare di questa attesa e il desiderio che ci siano incidenti per avere un organo da trapiantare".

Dopo un silenzio carico di emozione, interpretiamo che "sembra che il gran desiderio di trovare questo organo li faccia sentire colpevoli di qualsiasi incidente che capiti in quelle date." Una paziente risponde: "...non lo avevamo mai pensato, però mi immagino le iene che aspettano le prede". Un'altra paziente dice: "bisogna continuare a vivere, ci sono persone che donano i propri organi in vita e per altri lo fanno i loro familiari e si possono continuare a vedere e avere una buona relazione, così che non so quale è il problema, io non vedo problema". Questo lo interpretiamo segnalando che "sembra che avere bisogno o desiderare un organo trapiantato per continuare a vivere, li faccia sentire come iene, animali rapaci, non sentendosi più esseri umani". Dopo un lungo silenzio torniamo a interpretare: "sembra che sia difficile integrare desideri naturali di volere continuare a vivere, di preservare la vita e per tanto desiderare organi in queste date, con il sentirsi colpevoli di fronte ai familiari, le persone donanti e i reni e questo si dimostra nel desiderio di attirare la benevolenza e in questo modo, come le iene, mantenere "le risatine in pieno festino". Un altro membro aggiunge: "non so io penso che uno abbia diritto a vivere, è come quelli dell'Uruguay, vi ricordate? Dovettero mangiare i loro amici per sopravvivere". A questo segue un'interpretazione da parte nostra: "sembra che anche se l'incorporazione del rene è per via chirurgica, voi la viviate come divorare un altro essere umano, e questo si sente come se dentro il proprio corpo questo organo si vendicasse e attaccasse". Qualcuno risponde: "io non ci avevo mai pensato, però questa è la cosa più importante di cui abbiamo parlato in terapia". Un'altra persona aggiunge: "sì, però mi dà angoscia, mi dà paura". Da un'altra parte, un'altra paziente dice: "credo che si può vedere il rene come un bambino, bisogna prendersene cura e accoglierlo". Noi dicemmo che la difficoltà a ricevere il rene-bebè in modo affettuoso è nella colpa che si genera nel non poter differenziare tra il desiderio di un organo come un fatto legittimo e, magicamente, unire questo alla colpa che qualcuno muoia per questo desiderio. La risposta è un silenzio e finimmo la seduta interpretando la difficoltà di accogliere il rene come un bebè amato quando appaiono colpe di origine magica. La seduta finisce con un clima emozionale molto intenso, ma molto consono. Il materiale presenta a nostro giudizio tre momenti dove si esprimono pensieri e sceneggiature altamente rifiutabili da un soggetto sotto censura. Sono queste: la scena delle lenticchie, delle iene e degli uruguaiani. Dalla prospettiva del sognare, queste scene rivelano un pensiero sincretico gruppale, primitivo, la cui base rivelerebbe una regressione orale. Ad essere interpretato e per tanto portato dallo stato represso alla coscienza, si arriva ad una possibilità di simbolizzare. Come dice Matte Blanco, assistiamo al passaggio da una logica asimmetrica, incosciente, onirica ad una simmetrica, aristotelica, propria del campo del cosciente. Nelle tre ultime sedute si elaborano i sentimenti legati alla separazione e alle angosce corrispondenti, dove i terapeuti sembrano legati a immagini egoiste e fredde,

come se non si interessassero a loro e ai loro problemi, se non a livello di scienza e per i loro interessi personali. Gli si interpretò la difficoltà di questa separazione e come questa difficoltà possa essere relazionata con: "Sentirci metaforicamente come organi-terapeuti-trapiantati-rifiutanti, che non vogliono continuare ad annidare nelle loro menti e non vogliono continuare a disintossicarle dalle forti emozioni". Si creò un silenzio pieno di significato. I terapeuti tornano ad interpretare: "sembra che insieme a questi penosi sentimenti detti prima, c'è nella vostra mente la speranza che questa esperienza sia stata come un buon trapianto e che noi staremo annidati nelle vostre menti per molto tempo".... "e qualche volta per sempre aiutando ad accettare e pulire molte emozioni che sono normali e comuni tra le persone che vivono questa situazione". Più tardi, dopo un silenzio, una paziente dice: "Credo che questa terapia sia stata molto buona per noi, nessuno ci ha ascoltato come voi, dovrebbe continuare a farsi".

Un'altra aggiunge: "dovrebbero parlare con il capo o proporlo al Ministero della Sanità." Di seguito un altro paziente aggiunse: "io voglio dire una cosa che forse non ha niente a che vedere però sono sincero, rimarrà come un vuoto, uno spazio che dovremmo riempire, per esempio, quel giorno che non ci fu la terapia io andai a rinnovare la mia carta d'identità...". I terapeuti, con una certa emozione, accolgono la difficoltà che hanno di separarsi e esprimono che c'è il desiderio di continuare, però allo stesso tempo il gruppo, sente di aver conseguito una nuova carta come una nuova identità, la quale era stata nascosta da questa malattia. Si produsse un clima emozionale profondo e poi uno scoppio di risate tra un partecipante uomo e una donna. Di seguito li invitammo a condividere ciò. La donna rivela che si trattava di sapere se questo membro maschile del gruppo aveva fatto quello che molte volte, in tono scherzoso, il gruppo gli aveva chiesto di fare come compito. Questo consisteva nell'aver una relazione sessuale e dopo raccontare a tutto il gruppo come era andata. Dopo molte risate e un altro silenzio emotivo, i terapeuti interpretano: "sembra che la malattia che voi avete non la sentite più come una iena affamata che vi toglie tutto, anche il desiderio sessuale ora, potete recuperare la vostra condizione di persone che hanno una gamma molto ampia di sentimenti e desideri che adesso possono accettare e contenere meglio dentro di sé."

5.- Conclusioni

L'esperienza riassunta ci permise di osservare in questi pazienti che alla perdita della funzione renale, si accompagna anche la perdita di funzioni mentali. Pensiamo che questo sia dovuto a delle regressioni agli stadi arcaici dello psichismo, come idealizzazioni primitive e pensiero magico, che fanno in modo che l'idea del trapianto sia vissuto, a livelli più inconsci con terrore e colpa persecutoria. In relazione al tema di cui ci occupiamo, possiamo intendere il materiale delle sedute come rappresentazioni oniriche, che all'inizio della terapia hanno l'intenzione di deformare rappresentazioni e pensieri inconsci, censurabili per la mente gruppale. In altre parole, il sogno di avere un organo trapiantato, come contenuto manifesto nasconde, in questa fase, contenuti latenti e pensieri onirici che si liberano, dall'essere legati ad aspetti onto e filogeneticamente

primitivi. Per gli individui e la mente gruppale prendere contatto con questo materiale emergente, risultava degradante, e produceva difese di tipo narcisistico. Così il nostro lavoro si centrò nell'intento di elaborare "questo sogno", essendo il gruppo e i terapeuti nel loro aspetto contenitivo, ciò diede la possibilità di far emergere il primitivo materiale. L'emergere di queste rappresentazioni e pensieri inconsci, si consolidano nel desiderio di vivere e nel timore della morte. Questi pazienti, di giorno in giorno sono esposti, permanentemente all'evocazione di angosce legate a tappe molto precoci, che allo stesso modo del residuo diurno entrano nello psichismo. Quindi abbiamo potuto osservare uno stato di isolamento e solitudine che avvertono questi pazienti e che provoca una perdita di comunicazione autentica con i propri affetti e con il proprio contesto sociale. Si rifugiano in una regressione alla dipendenza idealizzata e totale alla dialisi, che investono di pensieri magici come se fosse la salvatrice della propria vita, allo stesso modo del rene che aspettano. Attesa vissuta in estrema passività. Pensiamo che questo processo regressivo li trasformi in corpi sofferenti, carenti di desideri e emozioni propri di qualsiasi essere umano.

Il nostro lavoro andò centrandosi poco a poco nel recupero della persona, del soggetto che anche se dipende, è possessore di libertà e di capacità di provare, di pensare, tutto ciò non può essere dato dalla macchina di dialisi o dal rene, ma da un altro che non siamo noi stessi. Questo processo terapeutico si va conseguendo in un clima contenente, che rende possibile la "disintossicazione" mentale attraverso i terapeuti-macchina-dializzatore-madre in funzione reverie. E' così che riuscì a nascere la fantasia più spaventosa per chi aspetta un rene: "Sentirsi come iene, animali rapaci che desideravano la morte di un altro, per riuscire a sopravvivere". Questo è vissuto nella fantasia in modo magico, dove l'esperienza è un'incorporazione orale cannibalica, con la conseguente distruzione oggettuale e retaggi di paura. Si scatena così, non solo la colpa persecutoria, produttrice di possibili stati psicopatologici come i quadri depressivi sopra menzionati, ma anche una difficoltà psicologica nel poter ricevere un organo trapiantato, che potrebbe influire in complicazioni post operatorie ed eventuali rigetti. L'elaborazione di queste fantasie e la concomitante elaborazione del lutto per il termine della terapia, permise in questi pazienti il passaggio ad una posizione più realistica e autentica, potendo accettare offerte di aiuto psicologico, e riuscendo ad assumersi le loro capacità, valori, autostima e diritti che erano stati perduti insieme alla funzione renale. Ebbero il coraggio anche di esprimere adeguatamente la rabbia per il termine di questa esperienza e la loro necessità e desiderio di ricevere molto più aiuto. Il contesto di questo lavoro si sviluppò sotto una forte alleanza terapeutica, in un clima di vicinanza, che costituì per noi una vera esperienza emozionale nell'incontro con queste menti sofferenti; questo, come dice Gerardo Stein (1991), ci fa pensare, che "aiutare a scoprire l'inconscio dell'altro, e approfittare dell'ausilio di un altro per scoprire qualcosa di proprio, è un lavoro che accade nel quotidiano, in tutti i rapporti dove prevalga l'etica dell'amore per

l'oggetto sull'etica dell'amore per il potere". (Il sottolineato è nostro) Vorremmo chiudere la nostra presentazione citando Freud: "Sembra che sogno e nevrosi abbiano conservato per noi l'antichità dell'anima più di quanto possiamo supporre, per fortuna la psicoanalisi può reclamare un alto rango fra le scienze che si sforzano di ricostruire le fasi più antiche e oscure degli inizi dell'umanità". (Freud, 1900).

Notizie sugli autori

Antonia Staforelli Mosca, Psicologa, Università del Cile Diego Portales, Santiago.
Psicoanalista della Associazione Psicoanalitica Cilena e della International
Psychoanalytic Association (APCH- IPA).
E-mail: astforelli@vtr.net

Luis Suarez Gaensly Universidad Internacional SEK, Psicología e Scienze
dell'educazione.