

Crescere anziani e crescere psicoterapeuti. Un percorso evolutivo in una casa di riposo

di Elisa Frigerio*

*As long as memory holds a
seat in this distracted globe.
Shakespeare, Hamlet*

Introduzione

In questo articolo ho cercato di riportare parte della mia esperienza lavorativa in una casa di riposo, esperienza che si è articolata nel corso degli ultimi miei due anni di scuola di specializzazione.

Diverse sono le emozioni e le tematiche che emergono nel lavoro con le persone anziane. In questi anni, mi sembra di aver evidenziato alcuni elementi che, per ragione di sintesi, ho cercato di organizzare intorno a tre problematiche fondamentali relative a:

1. la propria morte e quella delle persone vicine;
2. la propria identità (chi sono io con questo corpo, con queste difficoltà?);
3. la memoria del proprio passato.

Presentando il caso di Violetta approfondirò soprattutto la tematica relativa alla morte, proprio perché Violetta, al momento della presa in carico, si trova in una situazione in cui l'ulteriore perdita di autonomia, unita al declino delle capacità mnestiche, ha minato uno stato già fragile di equilibrio. Violetta, infatti, non sembra più in grado di trovare un orizzonte di senso e sembra immersa in un gelo ed in un'immobilità che sembra anticipare la morte sia agli occhi della paziente che nella prognosi dei curanti. A partire da questi elementi cercherò di descrivere l'evoluzione di questa storia sottolineando, laddove possibile, la continuità esistente tra l'ospite, l'istituzione (casa di riposo) ed il gruppo (équipe, ospiti della casa).

Help for my new job

La prima cosa che ho fatto, subito dopo l'assunzione, è stata quella di contattare un supervisore: la mia percezione è stata, infatti, quella di dovermi in-

* Psicologa, psicoterapeuta, socia aggregata APG.

ventare un “nuovo lavoro”. Come organizzare *ex novo* il lavoro di uno psicologo all’interno di una casa di riposo? Quale tecnica utilizzare, che modifichi apportare, e che senso ha la presa in carico di persone di 80, 90 anni?

Il mio timore è stato, sin da subito, quello di non sapere che spazio lasciare all’articolazione tra passato, presente e futuro. La mia convinzione che non ci fosse stato nella casa di riposo, uno psicologo prima di me, la mia amnesia nei confronti dei modelli fino allora studiati e sperimentati, mi hanno fatto sentire come calata in una realtà atemporale, con poche possibilità di movimento.

Solo più avanti ho compreso come queste mie emozioni convogliassero un significato importante relativo sia all’istituzione che mi accoglieva, sia al gruppo équipe ed ai singoli ospiti. Piano piano sono emersi i fantasmi: sì, effettivamente c’era stato uno psicologo, qualche ospite cautamente, dopo un po’, iniziò a chiedermi di lui: che fine aveva fatto? E sarei scomparsa anch’io come lui?

Ma anche, che fine facevano gli ospiti che si ammalavano, quelli che “diventavano come bambini” e perdevano la memoria del loro passato? Certo, non scomparivano “completamente”, ma venivano trasferiti dal III piano, solare ed ampio al II, e poi al I ed infine al piano terra, in infermeria, da dove non sarebbero più usciti... almeno da vivi. In questo caso i livelli da oltrepassare non sono sette, come nella novella di Buzzati¹, ma il processo presenta molte similitudini, *in primis* la progressiva consapevolezza che non c’è via di scampo e che il percorso, rigidamente suddiviso in tappe ed in gruppi di appartenenza, è già segnato.

Correale (1999) afferma che i gruppi istituzionali, analogamente ai gruppi di terapia, hanno alle loro origini alcune fantasie costitutive che danno origine a degli stati mentali potenti e permeanti ogni aspetto dell’istituzione. Tali miti di fondazione non ruotano soltanto su alcune emozioni di base, ma anche su alcune figure particolarmente significative che assumono il valore di custodi sacrali del patrimonio ideativo, rappresentativo e affettivo di un dato gruppo.

Le prime parole del direttore, durante il colloquio di assunzione erano state: “Qui, può ammirare l’opera più bella di chi ha fondato questa struttura; gli anziani in questa casa stanno tutti bene e non hanno alcun problema”. Ma allora perché uno psicologo? E perché questo senso di disagio e di astoricità in un luogo colmo di storia? Era questo il mito di fondazione di questa casa di riposo?

Aggiunge Correale (*ibidem*): “[...] le cose vanno, quindi, come se l’individuo prendesse per così dire a prestito dall’istituzione, non solo un’identità of-

¹ Il protagonista della novella, Giuseppe Corte decide di farsi ricoverare in una casa di cura per riprendersi da una leggera febbre: la struttura è suddivisa in sette piani e gli ospiti vi sono distribuiti a seconda del livello di gravità. Giuseppe viene accolto tra i pazienti del VII piano, dedicato alle patologie “leggerissime”, ma poi viene successivamente spostato di reparto fino a giungere al I piano dove: “Oh, al primo sono proprio i moribondi. Laggiù i medici non hanno più niente da fare. C’è solo il prete che lavora”.

fertagli direttamente dall'esterno, ma alcune scissioni fondamentali – buono-cattivo, superiore-inferiore, efficiente-inefficiente e così via – che l'istituzione opera al posto suo”.

Queste discontinuità o scissioni erano proprio gli elementi fondanti su cui avrei dovuto pensare il lavoro: non a caso, la prima domanda che ho posto al supervisore è stata quella di aiutarmi a trovare degli elementi continui, stabili, un setting che mi permetesse di definire dei confini spazio-temporali e di pensare ad un progetto e a delle azioni pro-oggetto (Fasolo, 2002: 133) che sono quelle che consentono “di organizzare o consolidare quella costanza di oggetto che è il nocciolo della salute mentale della persona umana”.

Ma quale costanza di oggetto è possibile con persone che si avvicinano alla morte?

Afferma Goodwin (1991, in Spagnoli, 1995):

“Un concetto totalmente ideologico è che l'invecchiamento è buono, che le cose cattive non accompagnano inevitabilmente l'invecchiamento. Forse l'affermazione più estremistica dell'ideologia geriatrica è che se tutti noi facciamo le cose giuste, non moriremo mai. Comunque l'ideologia geriatrica ha un'origine più profonda. Tutti noi invecchiamo. È come se tutti gli oncologi avessero il cancro [...] e parte del nostro lavoro consiste nell'assistere persone i cui corpi stanno preparandosi a morire [...] dov'è nell'ideologia geriatrica il concetto di morte come fenomeno naturale?”.

Secondo Jacques (1955) le istituzioni hanno la funzione di fornire una difesa ai propri membri contro il riaffiorare di angosce primarie, persecutorie e depressive. Non credo, però, che la tematica della morte e della rimozione di un aspetto così ansioso sia l'unico elemento strutturante questa istituzione: confrontarsi con una persona anziana e con una comunità di persone anziane pone a contatto con la sofferenza, con il dolore, con la perdita della propria identità, con antichi conflitti generazionali, ma anche con una concezione del tempo e dello spazio che si rivela, spesso, spiazzante rispetto alle coordinate usualmente adottate dalla nostra società.

Mi torna in mente un brano di Lydia Salvayre (1999: 24):

“Quando cerco di capire mia madre, signor ufficiale giudiziario, immagino che provi quella strana sensazione che s'impadronisce di me quando, viaggiando in treno seduta in senso contrario alla direzione di marcia, ho l'impressione di sprofondare a tutta velocità in un futuro che non mi sta davanti, ma dietro, e che al tempo stesso il passato mi si avventi addosso come per azzannarmi. Mi segue?”.

Con questa sensazione sulla pelle, mi chiedo se questo mio ingresso in casa di riposo, analogamente a quanto percepito da molti degli ospiti, non abbia comportato un mio difensivo chiudere gli occhi sul passato, l'incapacità di

cogliere “una storia”. I miei tentativi di recuperare un senso si sono, quindi, rivolti da una parte verso il passato, con l’intervento di un “senex”, un supervisore in grado di aiutarmi a ricreare delle connessioni con la tradizione teorica e clinica, a ritrovare una memoria, dall’altra verso il futuro, attraverso uno scambio in un gruppo virtuale, la mailing list IAGP (International Association of Group Psychotherapy) che mi ha aiutato a cogliere i diversi livelli di complessità in un’ottica congiuntiva. Uno psicoterapeuta californiano, in particolare, ha ripreso la mia descrizione della struttura in 3 livelli (analoghi, per certi versi, alla Divina Commedia: III piano per gli ospiti autosufficienti, il Paradiso; II per quelli con qualche acciacco, il Purgatorio; I e piano terra per i non autosufficienti, l’Inferno) avanzando l’ipotesi che essi potessero costituire una rappresentazione dello sviluppo umano, o meglio di uno sviluppo al contrario che vede il dissolversi delle strutture che supportano la vita e la coscienza. Gli esseri umani, infatti, unici tra gli esseri viventi, tendono ad anticipare questi eventi e le loro reazioni possono essere molto diverse: c’è chi lotta e continua a farlo, anche di fronte all’inevitabile e c’è, invece, chi si arrende e si abbandona ad un lento dissolversi del proprio sé. Proprio questa tematica poteva essere interessante ai fini di un lavoro di ricerca: una descrizione a livello fenomenologico di come gli ospiti rispondano, si adattino, vivano all’interno del gruppo e dell’ambiente di cui fanno parte.

Questa descrizione dell’invecchiamento come un “cammino a ritroso”, ha evocato in me diverse immagini che ho poi ripreso, con l’intenzione di evidenziare quale vertice/vertici di osservazione utilizzerò per fornire la descrizione successiva.

Involuzione, evoluzione

Io non ci provo più tanto gusto [alla vita]. A poco a poco mi sento ricoprire da una corteccia di insensibilità; lo constato senza rammaricarmene. In fondo si tratta di un processo naturale, quasi un cominciare a diventare inorganico.

Freud, lettera a Lou Andreas Salomè

Il paradigma che vede l’invecchiamento come un cammino verso l’inorganico e verso la regressione è stato pervasivo in diversi ambiti di studio: il “modello del deficit”, presente in psicologia sperimentale è individuabile, se pur con sfumature diverse anche nell’ambito clinico e solo ultimamente (Le Gouès, 1991; Spagnoli, 1995; Scocco *et al.*, 2001) si è assistito ad un mutamento di accento. Freud ancora giovane, sottolineava (1904) come nella persona vicina o al

di là dei cinquant'anni venisse di solito a mancare la plasticità dei processi psichici e la negazione diventasse il meccanismo di difesa utilizzato per far fronte alla caducità. Nel 1898 scriveva: “La terapia psicoanalitica non è, per ora, utilizzabile in tutti i casi. Essa naufraga anche quando i malati sono troppo in là con gli anni poiché, considerata la grande quantità del materiale accumulato, la cura avrebbe una durata eccessiva ed avrebbe fine in quel periodo della vita nel quale non si dà valore alla sanità nervosa” (p. 415). Più avanti (1914a) identificava nel ritiro della libido dagli oggetti il fattore limitante all’analisi delle persone anziane. Tale ritiro era analogo a quanto si verificava in altre condizioni come le psicosi, l’ipocondria, lo stato di malattia ed il sonno.

Altri psicoanalisti, in conformità all’antico detto latino *senex bis puer*, hanno cercato di spiegare la psicologia dell’anziano sottolineando la preminenza di meccanismi regressivi. Ferenczi (1921: 142), ad esempio, affermava: “ [...] la persona nell’invecchiare è portata a ritirare le emanazioni della libido [...] i vecchi ridiventano narcisisti come bambini [...] la loro capacità di sublimare va in gran parte perduta; essi diventano cinici, malvagi, avari, il che significa che la loro libido regredisce a fasi pregenitali [...] parrebbe dunque trattarsi del medesimo processo che secondo Freud sta alla base della parafrenia. Sia in un caso che nell’altro vengono abbandonati alcuni investimenti oggettuali e si verificano regressioni al narcisismo”. Egli paragonava la vecchiaia al processo psicotico, ma mentre nella psicosi i sintomi sono come “isole emerse dalle profondità marine in seguito ad un terremoto”, nella senescenza i sintomi sono come “rocce venute alla luce nella loro nudità dopo il prosciugamento di una baia, tagliata fuori dal mare e non alimentata da alcun fiume” (p. 132). Bergler (1949) ricondusse le problematiche della terza età alle frustrazioni della fase orale che portano ad un ritiro narcisistico con conseguente senso di colpa e bisogno di punizione, mentre Balint (1957) affermava che, di fronte ad una genitalità indebolita, la sessualità infantile può riprendere il posto che aveva all’inizio della vita.

Non mancano voci recenti che si riallacciano a queste argomentazioni: per Ey, Bernard e Brisset (1989), durante l’invecchiamento “la reazione più banale sia nell’uomo che nella donna sembra essere una regressione narcisistica; il soggetto avendo meno soddisfazioni sul piano libidinale, ritorna in qualche modo ad uno stadio pregenitale. Si è potuto notare nella ricerca di prestigio sociale e di onorificenze coi temi di grandezza e di potenza caratteristici dello stadio pregenitale” (p. 878).

Una voce a parte è, invece, quella di Abraham (1919) che si chiede se ed in quali condizioni sia possibile praticare con successo una cura psicoanalitica in età avanzata. Egli, riportando un caso di melanconia in un sessantenne e due casi di pazienti ultracinquantenni con disturbo ossessivo, li annovera tra i migliori successi ottenuti e sostiene che l’età in cui si manifesta la nevrosi conti di più, per l’esito dell’analisi, dell’età del paziente.

Nuovi contributi sono stati poi portati dalla psicologia del Sé. In particolare Kohut (1971; 1977) cerca di comprendere l'anziano partendo dal concetto di realtà esterna come nutrimento narcisistico che modifica ed influenza l'immagine del Sé: "L'uomo vive in una matrice di oggetti-Sé dalla nascita alla morte ed ha bisogno di oggetti-Sé per la sua sopravvivenza psicologica".

Questo filone di indagine ha attirato la mia attenzione, perché ho avuto l'impressione che potesse costituire il *trait d'union* tra una visione della persona anziana per sé ed una visione "a grandangolo" che includesse il contesto di vita: il fatto che molte delle persone anziane di cui mi sto occupando siano poi artisti e musicisti, abituati a stare *on stage* e a riflettersi nell'applauso degli altri, mi è sembrato un ulteriore passo in questa direzione.

Gli altri, infatti, come sottolinea Foulkes (1975) possono avere la funzione di specchi che rimandano il senso della propria identità. Non sempre, però questo rispecchiamento porta ad un riconoscimento di se stessi o di parti di sé. L'immagine di sé che una persona anziana contempla può, infatti, essere intollerabile: nel Perturbante (1919), Freud, che aveva allora sessantatre anni, descrive lo spaesamento provato durante un viaggio, nell'intravedere la propria immagine non più giovane nel vetro di una porta e di come, per un attimo, avesse pensato che un estraneo, dall'aspetto sgradevole, fosse entrato nel suo scompartimento.

Dice il filosofo francese Nancy (2000: 45):

"L'intruso non è altri che me medesimo e l'uomo stesso. Non altri che lo stesso il quale non smette di modificarsi, di volta in volta eccitato o spossato, denudato o sovradiimensionato, intruso nel mondo quanto in se stesso, spinta inquietante della stranezza, *conatus* di una infinità escrescente".

Lo specchio, quindi, anziché consentire un'accettazione progressiva ed avere una funzione di nutrimento narcisistico, come succede per Perseo con lo scudo di Atena, può diventare lo sguardo di Medusa che pietrifica chiunque la guardi nel simulacro del proprio passato.

Al cospetto di tale sguardo il nostro corpo si trasforma da *topos* di proiezione vitale per l'Io a paesaggio: interno ed esterno si rovesciano in un'equazione simbolica che rende difficile l'inserimento di elementi nuovi e la creazione di "inscapes" (Pines, 1998), di nuovi frammenti di conoscenza.

L'idea di paesaggio porta con sé un'immagine di ampiezza, ma anche di staticità, di uno spazio che è colto nella fissità di uno scatto fotografico: per questo motivo vorrei passare ad un'esplorazione della casa che includa gli ospiti. Vorrei tentare di presentare almeno un piano di questa istituzione, l'infermeria, sottolineandone non tanto la sua valenza di ambiente fisico, ma quella di spazio vissuto (Minkowski, 1933).

L'innominabile morte: la signora Violetta

Violetta è una donnina minuta; la prima volta che l'ho vista mi ha colpito il contrasto tra la sua figura esile e nervosa, quasi fosse sempre in allerta, pronta a scattare o a nascondersi ed il suo cappello color porpora (una sorta di turbante) sfoggiato con molto orgoglio. Ha 90 anni e vive in infermeria a causa di un progressivo ed ora severo deterioramento cognitivo (MMSE² 6,8/30). A gennaio 2003 viene richiesto il mio intervento dall'infermiera caposala: Violetta è appena tornata dall'ospedale dopo una caduta in cui si è rotta femore e clavicola e rifiuta di alimentarsi. Prima dell'incidente, passava il suo tempo alternando il *wandering* a momenti in cui si fermava tranquillamente a sistemare riviste, fazzoletti... qualsiasi cosa. Ora, seduta su una sedia a rotelle, è chiusa in se stessa e continua ad urlare: "Che gelo!". Raccolgo alcune informazioni dal personale sanitario: Violetta non ha alcun parente in vita: è figlia unica e non si è mai sposata; un'amica di famiglia, che ogni tanto viene a farle visita, costituisce l'unico legame pre-esistente al suo ingresso in casa di riposo. Nel passato è sempre stata una persona molto attiva: dopo aver preso il diploma in pianoforte, ha abbandonato la carriera artistica ed è diventata la prima segretaria di una nota azienda di telecomunicazioni.

Durante il primo ed il secondo "colloquio", che trascorrono in silenzio, a parte i miei saluti iniziali e finali, la porto dalla saletta TV in camera sua, e mi metto al suo fianco con le mie mani vicine alle sue. Violetta sembra tranquillizzarsi e non avere più freddo. Per questo motivo concordo con la caposala che Violetta possa restare per più tempo in camera sua, talvolta da sola, talvolta accompagnata dalla presenza discreta di un'assistente.

Penso di essere stata guidata in questa scelta dalla stessa sensazione di gelo che ho provato nel vedere questo gruppo di vecchietti ordinati davanti ad una televisione che non guardano né ascoltano: uno spazio estraneo, vuoto, in cui non sono in grado di riconoscere né voci né volti. Anzieu (1998: 168) afferma: "La sensazione è una prova immediata della nostra esistenza, inseparabile dall'esistenza del mondo: è attraverso la sensazione che ci sentiamo vivi, mentre il suo scomparire è per noi la prima pre-concezione, nel senso indicato da Bion, della morte. La morte comincia sempre con un freddo ai piedi".

Diverse ricerche, inoltre, hanno messo in luce l'importanza di un ambiente adeguato e come sia l'iperstimolazione che l'ipostimolazione di persone con deterioramento cognitivo possano portare ad un peggioramento delle condizioni psicofisiche. In particolare, l'assenza di punti di riferimento e di effetti personali costringono la persona ad un maggior impegno mentale che può in-

² MMSE: *Mini Mental State Examination* (Folstein *et al.*, 1975).

crementare il disorientamento e dar origine a sentimenti di sopraffazione. I programmi televisivi, inoltre, possono essere confusi con la realtà e provocare emozioni di paura e rabbia (Zayas e Grossberg, 1996).

A dir la verità ho anche pensato ad una pagina de *La fata carabina* di Pennac:

“Ogni volta che un vecchio sbarca da noi, completamente a pezzi, convinto di non essere più niente prima ancora di essere morto, Thérèse lo attira nel suo angolo, gli prende d'autorità la vecchia mano, stende ad una ad una le dita arrugginite, liscia a lungo il palmo come si fa con i fogli spiegazzati, e quando sente che la mano è perfettamente distesa (mani che non si sono veramente aperte da anni!), Thérèse si mette a parlare” (p. 19).

Correale (*op. cit.*) afferma che l'intervento con pazienti cronici (ovvero di coloro che non sono più in grado di fronteggiare autonomamente il proprio ambiente di vita – Violetta e molti anziani istituzionalizzati fanno parte di questa categoria) consiste nella restaurazione di un ordine biologico che passa attraverso un prendersi cura del corpo ed un'attenzione ai bisogni concreti. Restaurare un ordine biologico significa anche definire uno spazio ed un tempo di incontro che permettono la creazione di un clima di fiducia ed il riattivarsi di ricordi e fantasie. È, quindi, attraverso questa fase preliminare di accoglimento di un corpo bisognoso che sarà possibile, poi, accedere a livelli più evoluti e verbalizzabili.

Durante il terzo colloquio, una settimana dopo il primo, trovo Violetta più tranquilla: mi prende la mano, la confronta con la sua (pare che talvolta si confonda) e mi osserva. Anch'io sono incuriosita e percepisco un'aria/area di gioco. Mi sembra quasi che stia facendo le prove per riprendere la sua attività precedente (il suo *leitmotiv* era: “Qui è tutto un disordine, bisogna sistemare”) e mi immagino che dica: “Beh, mi manca una mano (fasciata per la frattura), chissà, forse posso usare anche questa.”. Dopo un po' si mette ad accarezzare il mio maglione e mi dice: “Che bello, è bello come il sole” (avevo un maglione giallo) e, quando me ne vado, mi guarda e sorride.

Questo scambio mi fa riflettere sulla relazione che si sta stabilendo all'interno del setting terapeutico: Violetta non mi riconosce, non sa il mio nome ed ancor meno ha consapevolezza del mio ruolo, ma è come se stesse utilizzando un livello molto primitivo, sensoriale per riacquistare una capacità di relazione.

Racalbuto (1994) sostiene che in una persona possano coesistere un livello di funzionamento più evoluto, basato su rappresentazioni di parola, insieme ad un funzionamento più pulsionale, che utilizza modalità affettivo-sensoriali pre-rappresentative. Questa modalità rimanda a fasi precoci dello sviluppo, quando le prime tracce mnestiche di soddisfacimento e di non soddisfacimento non sono ancora rappresentabili, ma vengono puramente registrate come

combinazione fra la spinta pulsionale del bambino e l'apporto dell'oggetto materno. L'oggetto, infatti è: "Investito, prima di essere percepito" (Lebovici, 1960, in Racalbuto, 1994) in quanto non esiste ancora un "apparato per pensare i pensieri".

In alcune condizioni, nell'adulto questa situazione di non pensabilità può riproporsi: Racalbuto sostiene che, nella sua esperienza clinica, si è imbattuto in vissuti "opachi" o addirittura "muti" di pensiero rappresentativi e di affetti definiti soprattutto nella cura di pazienti con disturbi narcisistici della personalità, borderline e psicotici.

Penso che anche nel caso di Violetta, la mia esperienza si avvicini a quest'area³: il suo gioco con le mani mi fa, infatti, pensare ad un'area di confusione in cui il suo corpo non è differenziato dal mio, oggetto accidente e oggetto accudito sono indistinti: il mio vissuto, inoltre, è di essere investita non come oggetto con delle precise caratteristiche, ma come oggetto-sensazione, all'interno di una relazione pre-oggettuale. Mi pare che questo movimento, lasci intravedere delle possibilità: Violetta non è più alle prese con un "fantasma", con il gelo, ma è riuscita ad orientarsi verso un oggetto, che pur inscrivendosi ancora nelle rappresentazioni di cosa, le permette di trarre soddisfacimento.

Al quarto incontro, Violetta ha uno sguardo irrequieto, vigile e mi sembra stranamente presente nel qui ed ora.

Dopo 10 minuti di silenzio mi dice: "La vita è strana⁴".

Io: "Perché è strana, Violetta?".

V.: "Perché mi ero dimenticata che devo morire ed ora me ne sono ricordata...".

Io: "Non è facile pensarlo e ricordarsene, vero? Anche se tutti prima o poi moriamo è difficile ricordarselo".

V.: "Sì, ma ci sto pensando. Chissà cosa succede, se poi continuiamo, non so a crescere, continuiamo a capire, o è come essere un pezzo di bastone che poi brucia e non c'è più niente".

Io: "Non lo so, non so risponderle... lei cosa pensa?".

V.: "Non so, non riesco a trovare una risposta, come si fa?".

Io: "Penso che alcune persone riescono a credere in qualche cosa, ma forse non è facile e non sempre si riesce a trovare una risposta. Ha paura?".

V.: "No, paura, no, non so...".

Io: "Forse in qualche modo continuiamo perché lasciamo qualche cosa nelle persone che ci hanno conosciuto, soprattutto se abbiamo vissuto una bella vita."

V.: "Sì, ma così è tutto inutile! Noi non ci siamo più, va tutti a pezzetti, e noi siamo qui e continuiamo a giocherellare, a trastullarci, così, a fare delle cose, a far passare il tempo...".

³ Il confronto è più immediato se si pensa che la schizofrenia, inizialmente, venne chiamata *dementia praecox*.120.

⁴ Il colloquio ha un ritmo molto lento, con lunghe pause. Quanto riportato avviene nel corso di un'ora.

Io: "Forse essere consapevoli della morte ci può far pensare a riempire il tempo, a non sciarparlo, a sapere che, se prima o poi tutto finisce, è importante vivere, sia a 20 anni che a 80...".

V.: "80... non ricordo, quanti anni ho...".

Io: "Di che anno è?".

V.: "Sono del 1914".

Io: "Beh, allora facciamo i conti... più di 80⁵!".

V.: "Sì?? Non me n'ero accorto...".

Io: "So che durante la sua vita ha conosciuto molte persone ed ha fatto tante cose."

V.: "Sì, non mi lamento della mia vita, ho avuto una vita piena di vita... ho iniziato a lavorare come segretaria del direttore della XX quando la XX era agli inizi e mi sono dovuta inventare tutto. Poi tutti hanno imparato a volermi bene, io studiavo e studiavo ed allora quando c'era qualcosa venivano tutti da me e nel mio piccolo cercavo di aiutarli. Però era una soddisfazione perché le cose andavano bene."

Io: "Mi racconti, anche perché io non so nulla di come sono andate queste cose ed è interessante sentirla parlare, quanti eravate agli inizi?".

V.: "Circa in 20.".

Io: "Un po' come i pionieri?".

V.: "Sì, proprio!!! Io ero giovane, avevo 25 anni... e dovevo pensare a cosa fosse migliore se quella o questa situazione e non c'era nessuno che mi dicesse cosa fare."

Io: "Si sentiva responsabile, era preoccupata?".

V.: "Sì, perché non si poteva sbagliare.".

Io: "La sgridavano?".

V.: "No, con me non hanno mai osato, perché continuavano a chiedermi, lavoravo tanto, il direttore mi chiamava ed io dovevo fare, organizzare.".

Io: "Deve essere stata dura all'inizio.".

V.: "Sì, molto, anche perché io ero la segretaria, ma dovevo pensare per tutti... sa, studiavo e poi arrivavano gli altri ed io spiegavo cosa dovevano fare. Anche il direttore mi chiedeva...".

Io: "Anche il direttore?".

V.: "Sì, nel mio piccolo, io più di tanto non potevo pensare di diventare.".

Io: "Deve essere stato un ambiente un po' maschilista, vero?".

V.: "Sì, io ero la segretaria e dovevo correre, sa un uomo comanda e tu sei donna e devi obbedire.".

Io: "Delle volte le cose sono ancora così... non trova?".

V.: "Mah, forse un po' è cambiato... anche allora le cose poi sono cambiate perché hanno iniziato a volermi bene ed allora... signorina di qui signorina per favore... poi le cose sono peggiorate, perché prima le persone volevano imparare, volevano consigli, dopo sono entrati altri e non volevano sentirsi dire niente, pensavano di sapere tutto.".

Io: "Persone poco umili...".

V.: "Sì, è cambiato tutto...".

Io: "Le è dispiaciuto?".

V.: "Sì, molto, non mi piaceva più tanto.".

⁵ Pessimo esempio di riabilitazione cognitiva!

Io: "È difficile capire come le cose possano cambiare.".

V.: "Si...".

Io: "Però anche quando cambiano, alcune cose rimangono.. Mi hanno detto che ha conosciuto molte persone ed anche qui le vogliono bene, vero?".

V.: "Sì, ho avuto una vita piena di vita, è vero.".

Io: "Di affetti anche, vero?".

V.: "Eh sì, sono contenta di questo, non mi lamento della vita che ho vissuto, sono contenta.".

Io: "Forse possiamo continuare ancora così, riempiendo la vita di vita in questo modo... Quello che racconta è molto interessante, mi piacerebbe ascoltarla ancora.".

V.: "Sì, mi piacerebbe scrivere qualcosa.".

Io: "Se vuole potremo farlo insieme.".

V.: "Sì.".

Io: "Ora la lascio, verrò ancora a cercarla e le chiederò di parlarmi di lei.".

V.: "Sì, grazie di avermi ascoltato.".

Mi stringe la mano e dopo cinque minuti me ne vado.

Ho terminato questo colloquio con una sorta di disorientamento spazio-temporale ed un grande turbamento: che fatica discutere così direttamente della morte! E poi, chi era la persona con cui "Io" avevo appena parlato? Cosa potevo dire a lei e a me su quesiti così importanti? E poi, l'avrei ritrovata ancora, o la sua era stata "solo" una fugace apparizione, un epifenomeno del suo sistema cerebrale che, per qualche strano motivo (ad esempio l'assunzione di anticoagulanti) aveva rimesso in moto un circuito interrotto da anni?

Ho avvertito una sensazione sincretica di arricchimento e di perdita, di gioia e di paura, forse di meraviglia, se seguiamo l'etimo greco ($\thetaαυμα$ significa meraviglia, ma anche orrore) come di scampato pericolo; credo, infatti, di aver accompagnato Violetta in quel territorio di confine che vede da una parte la possibilità di svanire in cenere, lo sguardo pietrificante di Medusa, e dall'altra Pegaso, il cavallo alato, che pur tenuto a freno dalle briglie d'oro, consente di dar vita a un nuovo progetto creativo. Mi ritorna in mente ora la figura di Violetta, prima della caduta, sempre in una posizione di allerta e comincio a comprendere maggiormente il suo significato.

Il colloquio si chiude con un progetto: quello di scrivere insieme della vita piena di Violetta. Già Platone aveva sottolineato il rapporto tra scrittura e morte ed il suo valore testamentario (per questo ne attribuiva la paternità al dio egiziano Thot, dio degli Inferi). La possibilità, infatti che le parole non muoiano, ma vengano lette, tramandate, anche quando chi le ha scritte non c'è più, alimenta un senso di continuità che permette di pensarsi all'interno di una relazione e di alleviare la paura del nulla che deriva dal confronto diretto con la morte.

La domanda posta da Violetta: "Chissà cosa succede, se poi continuiamo, non so a crescere, continuiamo a capire, o è come essere un pezzo di bastone

che poi brucia e non c’è più niente” oltre alla “bellezza estetica” della frase, al contenuto della riflessione che mi avevano “catturato” durante il colloquio, mi richiama, ora, lo scritto di Severino *La legna e la cenere* (2000: 174) dove leggo:

“Al di fuori del nichilismo dell’Occidente il pensiero non pensa che la legna rimanga eternamente legna anche quando è cenere, ma pensa ciò che appare. Nella struttura originaria del destino, quando la legna brucia appare la legna e poi appare ciò che viene chiamato la ‘sua’ cenere. La ‘sua’ cenere è essenzialmente diversa dalla cenere di altre cose e da ogni altra cenere; ma, nella struttura originaria del destino, questa diversità non è costituita dal fatto che sia la legna ad esser diventata questa cenere, ma dal modo specifico in cui ciò che diciamo ‘la cenere della legna’ appare unito alla legna”.

Severino utilizza questa analogia tra la vita dell’uomo e la legna, per spiegare, ancora una volta, la follia dell’Occidente, il “sentiero della notte”, lungo cui si snodano le forme della cultura occidentale e le sue istituzioni sociali e politiche. L’uomo moderno, infatti, con l’avvento della tecnica e la caduta degli immutabili (Dio, le leggi della natura, l’episteme, la dialettica), si trova a fronteggiare un’angoscia estrema che deriva dall’avvertire in senso radicale l’opposizione tra l’essere ed il niente. L’unico rimedio, l’apparato tecnologico propone un divenire della vita che si estenda il più a lungo possibile: la morte, quindi, in quest’ottica diventa il male assoluto, la certezza dell’annientamento.

L’idea moderna della morte è, quindi, governata da una rappresentazione perversa⁶: il corpo è una macchina che funziona o non funziona e le recenti conquiste in campo medico alimentano l’illusione che questa macchina possa essere riparata all’infinito. Morire, diventa, non più un fatto naturale, ma un affronto a quest’idea di progresso, qualcosa da nascondere e di cui vergognarsi. È forse, proprio per questo che, a differenza che nel passato, la morte non è più preceduta o anticipata da esperienze che, fin dalla pubertà, la rappresentavano simbolicamente, ed il morente non è più accompagnato in questo percorso (mi viene in mente, ad esempio, *Il libro tibetano dei Morti*, uno tra i tanti scritti relativi all’*ars moriendi*). Anche il rito stesso del funerale pare aver perso il proprio significato e non è un caso che, anche nelle case di riposo, si cerchi, ove possibile, di celebrare questa cerimonia al di fuori della struttura.

Nel colloquio successivo trovo Violetta molto sofferente e chiusa in se stessa. Si “trastulla” con un lembo della coperta e mugugna frasi incomprensibili, insalate di parole. Chissà, mi chiedo, forse la volta scorsa ho perso un’occasione, l’occasione di

⁶ “Parlare di morte fa ridere, d’un riso forzato e osceno. Parlare di sesso non provoca più nemmeno questa reazione: il sesso è legale, solo la morte è pornografica” Baudrillard (1976: 204).

farla stare meglio... e mi trovo a parafrasare una poesia di Vivian Lamarque⁷: “Perché, non è stata sufficiente quell’ultima volta? Sì, ma non a sufficienza per l’eternità”.

Che presunzione, certo, l’idea di poter “fare” qualcosa sufficiente per l’eternità! Penso però che l’oscillazione di Violetta tra presenza ed assenza, il mio desiderio di aiutarla, ed il suo utilizzarmi, talvolta, come funzione psichica, all’interno di un transfert pre-oggettuale, mi abbiano ingaggiato, alcune volte, su un piano narcisistico in cui allo “stare con” e al prendersi cura ho sostituito un desiderio onnipotente di fare tutto o un sentimento di inadeguatezza e di impotenza di non riuscire a fare niente.

Probabilmente questa difficoltà ad entrare in relazione su un piano simbolico, mi ha spinta a ritornare ad un livello più concreto: ho, infatti, chiesto al personale di indicarmi qualcosa che Violetta amasse particolarmente prima del suo incidente ed ho scoperto una sua passione per il caffè.

Durante il colloquio successivo, appena ho visto che Violetta era di nuovo assente e persa nel suo dolore, ho spinto lentamente la sua carrozzina nella sala ricreazione e le ho offerto un caffè. E con mio stupore, ho assistito alla trasformazione di Violetta, dapprima titubante, poi, sempre più entusiasta, in Meg Ryan nella famosa scena del ristorante nel film *Henry ti presento Sally*.

Dopo innumerevoli schiocchi di soddisfazione con le labbra, Violetta dice: “La mia mamma non mi lascia bere il caffè! Ma è così buono!!!”.

Io: “Non la lascia?”.

V.: “No, non vuole! Non bere questo, non fare quello, fai così, fai così (sbuffa).”.

Io: “Insomma, che mamma severa!”.

V.: “Sì, proprio!”.

Io: “Però lei il caffè lo beve ugualmente.”.

V.: “Sì, ogni tanto” (ride). Indica poi il pianoforte che è presente nella stanza.

V.: “La mia mamma suona il pianoforte ed è proprio brava!”.

Io: “Anche lei suonava il pianoforte, vero?”.

V.: “Sì, ma non sono brava come la mia mamma...”. E aggiunge, guardando fuori dalla finestra: “Come è alto quell’albero! È proprio alto!”.

Io: “Come la sua mamma?”.

V.: “Sì, la mia mamma è a... lalta, atta... acca⁸....”.

Si ingarbuglia con le parole e si innervosisce.

Io: “Alta.”.

V.: “Alta, ecco, alta, la mia mamma è alta” (con voce stizzita).

Io: “E lei, Violetta, è alta anche lei?”.

⁷ La signora dell’ultima volta: “L’ultima volta che la vide non sapeva/che era l’ultima volta che la vedeva. Perché?/Perché queste cose non si sanno mai./Allora non fu gentile per quell’ultima volta?/Sì, ma non a sufficienza per l’eternità” (Vivian Lamarque, 1987).

⁸ *Acca... alta*: avevo pensato, durante il colloquio, che queste parole costituissero una coppia antitetica, una sintesi dei sentimenti ambivalenti di Violetta (valere un’*h*, significa non valere niente).

V.: "No, io sono piccola piccola piccola" (si raggomitola su se stessa ed assume un'espressione corrucchiata).

Io: "Ma ora è cresciuta, beve persino il caffè!".

Violetta non risponde, sembra di nuovo altrove. Io appoggio le mie mani sui braccioli della sua carrozzina; Violetta mi prende subito la mano e riprende il suo gioco.

Io, dopo un po', metto il palmo della mia mano a contatto con il suo e dico: "Violetta, sono grandi uguali!".

Lei, mi guarda, continua per un po' a fissare le nostre mani e poi sorride, ridacchiando tra sé e sé.

Credo che, durante il colloquio, il mio essere in relazione con Violetta abbia attinto ad un livello preconscio che a partire da un'area fusionale di affetti e sensazioni comuni, mi ha permesso di entrare in risonanza e di svolgere, poi, una funzione di decodifica affettiva e di *rêverie*.

Solo a posteriori sono riuscita a pensare che l'esperienza sensoriale, primitiva (orale) avesse attivato delle tracce mnestiche che hanno, poi, permesso il recupero di un'immagine di sé⁹: un'immagine svalutata che trasmette un'angoscia ed un dolore inscrivibili nella storia di Violetta che noi non conosciamo e che potrebbe rivelare un rapporto con una madre non sufficientemente buona o un incompleto accesso alla triangolazione.

È interessante notare, infatti, come alcune tematiche edipiche possano ripresentarsi in momenti successivi della vita, con diversi livelli di elaborazione, così come succede ai conflitti irrisolti. Un esempio è fornito dall'analisi che Hildebrand (1988, in Spagnoli, 1995) compie su due opere di Shakespeare: *L'Amleto*, e *La Tempesta*, l'ultima sua opera, scritte rispettivamente a 36 e a 57 anni. Secondo questo psicoanalista, *La Tempesta* è pervasa da un senso di sollecitudine e di responsabilità paterna che si collegano alla storia personale di Shakespeare (che ha perso prima il padre, poi un figlio dodicenne) e tentano di offrire una soluzione positiva e diversa, rispetto a *L'Amleto* a temi quali l'usurpazione, il castigo, la successione tra generazioni. Vi è quindi un passaggio da un'area di invidia, di cupidigia e di disprezzo/timore per l'autorità ad una soluzione più creativa che unisce la capacità di coniugare ruoli diversi (padre e figlio).

In Violetta osserviamo, nella maggior parte dei colloqui, quella che Le Gouès (*op. cit.*) chiama una disorganizzazione sull'asse dell'identità che coinvolge, con modalità oscillatorie ed intensità diverse il polo dell'identità di pensiero (la capacità di creare delle catene verbali significanti) e il polo

⁹ "L'agibilità di un'interazione, anche se priva di pensabilità, permette di assecondare il bisogno di un buon vissuto del proprio corpo, costituente primario dell'immagine di sé. Questo buon vissuto trae nutrimento dall'interiorizzazione di "cure sufficientemente buone" che rendono possibile l'instaurarsi di una prima dialettica (dentro-fuori, buono-cattivo ecc.) e la progressione verso un oggetto inserito in coordinate spazio-temporali" (Racalbuto, *op. cit.*).

dell'identità di percezione (la possibilità di attribuire un significato stabile a sé e agli altri).

Credo, quindi, che l'emergere di contenuti traumatici debba andare di pari passo con un rispetto ed un'attenzione nei confronti dello stato di gerarchia affettiva presentato in quel momento dalla paziente, ora bambina, ora donna, ora anziana. Nel caso di Violetta, il mio tentativo è stato quello di partire da un registro sensoriale per promuovere un contenimento e, quando possibile, un'elaborazione rappresentativa.

A questo punto, ho sentito l'esigenza di confrontarmi: il mio desiderio nasceva sia dal bisogno di sapere quale fosse lo stato generale della paziente (se avesse, ad esempio, ripreso a mangiare), sia dalla percezione che, in un momento così delicato e carico di sensazioni, emozioni, fosse importante evitare delle scissioni, cercare di promuovere un contenimento (probabilmente anche delle emozioni degli operatori) e fornire delle possibilità di identificazione che non si limitassero ai colloqui con me o ai rapporti con singoli operatori.

Correale (*op. cit.*) mette in luce come, nella presa in carico di pazienti cronici, i bisogni espressi dal corpo, possono generare, nel gruppo dei curanti, una sensazione ipertrofica ed angosciante di concretezza: in questo clima denso di fisicità gli operatori possono avere la percezione di vivere in un mondo a sé, in cui i parametri temporali e spaziali consueti sono sospesi: i fenomeni di scissione che emergono in questa fase mettono in luce da una parte comportamenti irrigiditi e depersonalizzanti, dall'altra attitudini iper-riparative che non lasciano però spazio ad altro se non alla dimensione corporea. In questo modo, è evidente il rischio di perpetuare la cronicità, anziché risolverla. Secondo Correale (*ibidem*) l'unico modo per contrastare questa tendenza è “istituire modalità gruppali che permettano il massimo di circolazione degli affetti, un massimo di attivazione di forze coesive del sé e, più di tutto, adeguati metodi di trattamento successivi alla fase di attivazione” (p. 206). Il gruppo dei curanti deve, quindi, essere in grado di proporsi come un campo di attivazione di forze coesive che possono contrastare le scissioni distruttive e riattivare modalità di funzionamento più evolute.

Come già evidenziato nella descrizione della struttura, questa Casa di Riposo presenta degli elementi di scissione che si manifestano concretamente nella suddivisione rigida dei piani e degli anziani, in base alla gravità della loro situazione, e nella difficoltà a lavorare in équipe. Spesso i casi vengono trattati separatamente da medici, assistente sociale e direttore con il rischio di attuare interventi disomogenei che interessano solo una parte del problema, dimenticando che ogni intervento dovrebbe essere animato da una presa in carico globale che interessa il paziente nella sua complessità bio-psico-sociale.

Il mio tentativo, sin dall'inizio, è stato quello di promuovere un lavoro di gruppo e di organizzare delle riunioni in cui, a partire da situazioni concrete, co-

me quella di Violetta, fosse possibile unire le diverse competenze, i diversi vertici di osservazione ed evidenziare i vantaggi di un intervento multidisciplinare.

In questo caso, durante la prima riunione dell'équipe dei curanti, composto da me, dall'assistente sociale, dal medico geriatra e dall'infermiera caposala, è subito emerso il desiderio di conoscere la storia di Violetta: credo, così come afferma Corbella (2002) che la potenzialità del gruppo abbia permesso di cogliere l'individualità specificatamente umana della paziente che si può cercare di comprendere, non certo a partire dalla patologia dei singoli organi, ma dalle sue esperienze interattive ed identificatorie. L'assistente sociale ha, quindi, contattato l'amica di famiglia, con il duplice obiettivo di richiederle, se possibile, una presenza più continua in Casa Verdi e per raccogliere alcune informazioni che ci hanno fornito elementi importanti: è, infatti, emerso che la madre di Violetta era rimasta incinta durante un'avventura con un coetaneo: a quei tempi (inizi '900), essere ragazza madre era una situazione molto disdicevole che aveva, inevitabilmente, comportato un intervento degli uomini di famiglia e, in particolar modo, di un fratello della madre che si era assunto il ruolo di *pater familias* sia da un punto di vista economico che educativo. Violetta, inoltre, per evitare l'onta di una nascita al di fuori del matrimonio, aveva compiuto i suoi studi privatamente, all'interno delle mura di casa, guidata da precettori e, in parte, dallo zio.

Nel corso della riunione è stata sottolineata l'importanza di offrire a Violetta degli spazi dove potesse recuperare elementi del passato, raccontare le proprie esperienze, combinare i suoi vissuti di "piccole e grandi morti personali" in nuove configurazioni, capaci di offrirle nuovi significati ed una base stabile per ri-progettarsi creativamente nel futuro.

Violetta, al ritorno dell'ospedale si era ritrovata in una situazione in cui i suoi punti di riferimento erano caduti e questo le impediva di continuare a vivere, di compiere nuove esperienze, allo stesso modo in cui un bambino che non ha una base sicura, non riesce a lasciare la propria mamma per esplorare l'ambiente circostante ed apprendere cose nuove.

Burlini e Galletti (2000) ricordano come il principio fondamentale dell'apprendimento sia stato chiamato da Pichon Rivière (1985) situazione di "reincontro" e da Bateson (1976) "ripetibilità del contesto". Pichon Rivière (*ibidem*) sottolinea, infatti, come l'apprendimento sia una struttura di legame che connette insieme soggetto ed oggetto generando una continua interazione dialettica. Questo incontro produce degli schemi di riferimento (chiamati ECRO, *Esquema Conceptual de Riferimento y Operativo*) che vengono usati successivamente, in ogni situazione di "reincontro" in cui possono essere confermati o modificati. L'apprendimento è, quindi, strettamente dipendente dalla possibilità del soggetto di poter usufruire di contesti/setting, capaci di mantenere questi modelli sufficientemente flessibili e dinamici, in modo da poter "dar

origine ad una spirale, in cui soggetto ed oggetto sono continuamente modificati dalla loro relazione e da tutte le successive modificazioni che questa interazione produce" (Burlini e Galletti, *ibidem*, p. 34).

Nei colloqui successivi che si protrarranno per 6 mesi, con una cadenza settimanale, emergeranno diverse tematiche relative alla madre ed allo zio che hanno attinto molte volte al recupero di memorie lontane, infantili, spesso riattualizzate nel qui ed ora. I genitori e lo zio venivano ora idealizzati e visti come figure onnipotenti, nei confronti delle quali Violetta si sentiva piccola ed inadeguata, ora assumevano tratti rigidi e persecutori che non lasciavano scampo ad alcun progetto personale di vita.

Con il passare dei mesi, insieme alle due arteterapeute presenti nella struttura, abbiamo programmato un inserimento nel laboratorio; dapprima all'interno di un setting individuale (Violetta, in presenza di altri ospiti, si chiudeva in se stessa e veniva sopraffatta da sentimenti di inadeguatezza), poi, progressivamente, all'interno di un gruppo. Anche qui, la sua attività ha visto l'emergere, attraverso un canale dapprima prettamente figurativo (composizione di *collage* da immagini precedentemente selezionate da lei stessa) poi anche verbale, le stesse tematiche che via, via, presentava nei colloqui con me.

Il suo inserimento nel gruppo, come già accennato, è stato difficoloso: per i primi mesi Violetta manifestava un bisogno quasi fisico di avere accanto una delle due arteterapeute; piano piano, ha poi iniziato ad interessarsi al lavoro e, soprattutto alle lamentele di Anastasia, spesso sofferente per una grave forma di artrosi e costretta anch'essa su una sedia a rotelle. Con il suo volto rugoso ed i suoi occhi attenti, ricordava l'immagine di una tartaruga che, ogni tanto, tirava fuori la testa dal guscio (dal suo cappello-turbante), pronta a ritrarla non appena qualcosa di insolito si insinuava nel suo campo (anche solo una voce nuova, o un tono più alto). Con il sostegno dell'arteterapeuta ha, quindi, iniziato a chiedere cosa stesse facendo Anastasia, cosa stesse dicendo e perché fosse triste. Credo che questa possibilità di entrare in risonanza con una persona in condizioni simili alle proprie abbia consentito a Violetta di accedere alla sua parte triste e sofferente e di attivare, tramite dei tentativi di consolare Anastasia, una capacità riparativa, risultato di un progressivo abbandono di posizioni scisse. A partire da questo momento l'interazione con gli altri membri del gruppo è diventata sempre più frequente, fino a guadagnarsi, per i suoi modi pacati di intervenire e la sua attenzione alle emozioni degli altri, l'appellativo di "vecchia saggia".

Dopo circa 5 mesi dall'inizio dei nostri colloqui, ho avuto l'impressione che Violetta avesse raggiunto un nuovo equilibrio: i temi di discussione mostravano una rappacificazione con le figure del suo passato, *in primis* la madre, e mi sembrava di percepire un bisogno di quiete e di silenzio. I problemi di alimentazione, inoltre, non si erano più presentati da alcuni mesi, ed inoltre,

contrariamente a tutte le previsioni, Violetta era di nuovo in piedi, aveva ripreso una deambulazione autonoma. Alla fine del mese di giugno, abbiamo, quindi, concluso il nostro percorso.

Ora, quando passo in RSA e mi fermo a salutare gli ospiti, Violetta mi sorride: talvolta mi accarezza e mi dice, senza riconoscermi: "Ma sai che hai proprio un bel visino", altre volte mi dà dei consigli: "Ho fatto tante cose nella vita, ascolta quello che dico... bisogna studiare, impegnarsi, perché le cose prendi pendi, edi...". Il suo eloquio è peggiorato e, con l'aggravarsi del deterioramento cognitivo, le insalate di parole sono sempre più frequenti.

Quando penso a Violetta, mi vengono in mente due immagini, la prima, che si presenta ogni volta che qualcuno suona o quando viene diffusa della musica in Infermeria: Violetta, allora chiude gli occhi e dirige l'orchestra, la sua orchestra e pare, dall'espressione di serenità del suo viso che, finalmente, tutti gli strumenti abbiano trovato il loro tempo, coordinati all'interno di un'unica melodia.

La seconda immagine, invece, è rappresentata dal suo ultimo *collage* (non vorrà produrre più alcuna opera dopo questa) che raffigura un neonato che ride e pare volare in uno spazio azzurro su cui Violetta ha incollato delle foto di caramelle.

Freud (1914b) sottolinea come la coazione a ripetere può essere occasione buona per ricordare: penso che l'incidente, il dolore e l'immobilità che ne è seguita abbiano ampliato in Violetta uno spazio ed un tempo vuoto in cui sono poi emerse delle sensazioni e delle immagini del passato: questo rivivere situazioni, anche di grande sofferenza, le ha permesso, paradossalmente, di dimenticare e di ritrovare un equilibrio¹⁰.

Nel descrivere questo caso ho toccato molti altri punti, in primis la tematica relativa all'"innominabile morte".

Nel libro di Beckett (la cui trilogia potrebbe costituire un filo conduttore alle tre tematiche – morte, identità, memoria), "l'innominabile" è la vita stessa, perché il nominarla rimanda ad una soggettività inesistente, ad una frammentazione dell'identità che si esprime sotto forma di oggetti parziali. Ora compare Ma-hood, simbolo dell'appartenenza all'umanità che si muove strisciando su caderi in putrefazione, ora Worm, che raffigura la riduzione del soggetto ad un essere orrendo, una testa d'uovo con cavità che sembrano ferite¹¹.

Queste forme informi sono molto angoscianti, ma non penso siano diverse da quanto percepito da Violetta al ritorno dall'ospedale:

"Io sono come polvere" (p. 338) ed ancora "[...] Io non posso nascere" [proprio perché nascendo sarei condannato a ritornare nella polvere] (p. 429). "[...] Forse è

¹⁰ Bion (1962): "Non ci si può dimenticare nulla di quanto non si riesce a ricordare".

¹¹ Per una trattazione molto interessante del libro di Beckett (1951-53), rimando all'opera di Longhin e Mancia (2001).

quello che sento, che c'è un fuori e un dentro e in mezzo ci sono io, forse è questo che io sono, la cosa che divide in due il mondo, da una parte il di fuori, dall'altra il di dentro, potrebbe essere sottile come una lama, io non sono né da una parte né dall'altra, io sono nel mezzo, sono il diaframma, ho due facce e niente spessore, forse è questo che sento [...]” (p. 428).

Sembra, comunque, paradossale perché, anche in questa dissoluzione sconsolata, emerge, in quest'ultima frase, una descrizione di quello che Anzieu (1985; 1998) chiama Io-Pelle, una rappresentazione di base dello spazio psichico che si forma a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo.

Conclusioni

In questo scritto ho presentato alcune tematiche che sono state oggetto di ricerca in questi anni di lavoro: in conclusione mi accorgo come, al di là delle singole riflessioni, ciò di cui sono diventata consapevole in questo percorso è di come le persone anziane siano portatrici di una domanda di senso che, oltre ad essere rivolta a se stesse e al terapeuta, investe la comunità in cui vivono e la società nel suo complesso.

Benasayag e Schmith (2003) sostengono che questa è l'epoca delle passioni tristi¹²: essi esaminano una serie di fattori, quali la caduta dello storicismo teleologico, del messianismo scientifico, del principio di autorità-anteriorità¹³ che hanno determinato il passaggio dal futuro-promessa al futuro-minaccia. Tale situazione di crisi si cristallizza in un'atmosfera esistenziale che permea tutte le realtà individuali e sociali, andando a delineare nuove forme di malessere e di sofferenza psichica. Gli autori sviluppano questa tematica con particolare riferimento ai giovani, ma credo che questa riflessione investa tutte le persone coinvolte in fasi di transizione e che presentano aspetti di fragilità. Ancor più, forse, questa generazione di anziani, che nella nostra società, per la prima volta nella storia, si trova a dover pensare non solo ad una III età, ma anche a una IV, a 20, 30 anni di vita che separano il pensionamento dalla morte.

Benasayag e Schmith (*ibidem*) propongono, in risposta a questa situazione di crisi, una clinica del legame: lo schiavo, affermano, è colui che non ha legami, che non ha un suo posto; se vogliamo, invece, pensare ad una persona libera, dobbiamo considerare l'uomo ed il suo contesto, i suoi molteplici legami ed obblighi nei confronti degli altri, della città e del luogo in cui vive.

¹² Gli autori, riferendosi a Spinoza, intendono per emozioni tristi l'impotenza e la disgregazione.

¹³ Il principio di anteriorità fa riferimento al valore di chi viene prima, all'anzianità. Il rispetto di chi è pre-esistente, infatti, consente di dare un ordine alla trasmissione della cultura e di assumersi un senso di responsabilità collettiva che diventa garanzia della sopravvivenza della comunità.

Si tratta, forse, in questo caso, di assumerci, come terapeuti, un impegno politico ed etico¹⁴ che consente di pensare agli effetti che il nostro lavoro ha, non solo sull'individuo, ma anche sulla comunità in cui viviamo, in un'ottica di scambio sociale e culturale.

Fasolo (*op. cit.*) parla del compito di crescere anziani, ma penso che, in questi due anni, i miei anziani abbiano fatto crescere anche me (... crescere una psicoterapeuta?!).

Vorrei concludere, proprio ad esemplificazione di questa riflessione, con un breve colloquio avvenuto con Giulietta.

Incontro Giulietta alla macchinetta del caffè. Piccolina, con i capelli corti e degli occhioni troppo grandi, sembra che cammini saltellando sulle punte dei piedi. Mi ricorda, in qualche modo una versione positiva di Gollum¹⁵, con il suo “tessoro” (i suoi spartiti che porta sempre con sé, stretti al petto).

Mi saluta e mi dice: “Ma lei suona?”.

Io: “No”.

G.: “Nessuno strumento?”.

Io: “No, purtroppo”.

G.: “Che peccato!!”.

Io: “Beh, strimpello un po’ la chitarra”.

G.: “Bene, bene, guardi io non so come farei senza la musica, è la mia vita. Guardi, non importa se lei ha fatto il Conservatorio o no, o quante ore studia, ma l’importante è la tecnica, la tecnica... perché se non c’è la tecnica allora tutto il testo è inutile... non può proprio fare più niente! La tecnica è la prima cosa... anche per i pezzi semplici... poi l’interpretazione del pezzo arriva da sé, ma arriva dopo...”.

Io: “È vero, ha proprio ragione!”.

G.: “Ma allora lei cosa fa?”.

Io: “La psicologa”.

G.: “Ah, la psicologa, deve essere interessante... mi sa che qui ha un bel po’ di lavoro... Ma lo sa che abbiamo qualcosa in comune io e lei?... Sa, io suono il pianoforte, mi sono già anche diplomata, c’è addirittura una targa al Conservatorio con il mio nome... ma, ci sono delle volte, con certi pezzi, non tutti... che provo, e riprovo, studio per ore... ma non riesco a capire... ho come delle incertezze... e così penso anche lei... la testa delle persone è complicata... ci sono tante cose lì dentro... è un po’ come la musica... e forse, anche lei, delle volte, anche se, mi immagino, avrà dovuto studiare tanto... anche se ci pensa e ripensa, e continua a studiare, ci saranno delle cose che non riuscirà a capire... e come me avrà delle incertezze... ma è bello anche così... sa... adesso la saluto perché devo andare a esercitarmi. A presto!”.

Ma è bello anche così!

¹⁴ Burlini e Galletti (*op. cit.*) definiscono l’etica come l’insieme delle emozioni istituzionalizzate che delimitano, all’interno di una cultura, i livelli di realtà accessibili.

¹⁵ Personaggio del libro di Tolkien *Il Signore degli Anelli*

Riferimenti bibliografici

- Abraham K. (1919), *La prognosi di trattamenti psicoanalitici in età avanzata*, tr. it. Bollati Boringhieri, Opere, vol. 2, Torino, 1975.
- Anzieu D. (1985), *L'Io pelle*, tr. it. Borla, Roma, 1994.
- Anzieu D. (1998), *Beckett*, tr. it. Marietti, Genova, 2001.
- Balint M. (1957), *Medico, paziente e malattia*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1961.
- Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, tr. it. Adelphi, Milano, 1976.
- Baudrillard J. (1976), *Lo scambio simbolico e la morte*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1979.
- Beckett S. (1951-1953), *Trilogia: Molloy – Malone muore – L'innominabile*, tr. it. Einaudi, Torino, 1996.
- Benasayag M., Schimt G. (2003), *L'epoca delle passioni tristi*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 2004.
- Bergler E. (1949), *Le nevrosi di base*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1971.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, tr. it. Armando, Roma, 1972.
- Burlini A., Galletti A. (2000), *Psicoterapia attuale. Nodi di una rete emotiva e cognitiva tra individuo, gruppo e istituzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Buzzati D. (2001), *La boutique del mistero*, Mondadori, Milano.
- Corbella S. (2002), Sognare e pensare di gruppo: la nascita del mito, *Funzione Gamma Journal*, n. 9.
- Correale A. (1999), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1989), *Manuale di Psichiatria*, tr. it. Masson, IV ed., Milano, 1990.
- Fasolo F. (2002), *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*, La Garangola, Padova.
- Ferenczi S. (1921), *Contributo alla comprensione delle psiconevrosi dell'età evolutiva* (vol. 3), tr. it. Cortina, Milano, 1972-1975.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975), Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189-195.
- Foulkes S.H. (1975), *La psicoterapia gruppo-analitica*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1976.
- Freud S. (1898), *La sessualità nell'etiology delle nevrosi*, OSF, 2.
- Freud S. (1904), *Psicoterapia*, OSF, 4.
- Freud S. (1914a), *Introduzione al narcisismo*, OSF, 7.
- Freud S. (1914b), *Ricordare, ripetere, rielaborare*, OSF, 7.
- Freud S. (1919), *Il perturbante*, OSF, 9.
- Freud S. (1990), *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Lou Andreas Salomè 1912 - 1936*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Goodwin J.S. (1991), Geriatric Ideology: The Mith of the Mith of the Senility, *Journal of the American Geriatric Society*, 39: 627-631.
- Hildebrand P. (1988), The other side of the wall: a psychoanalytic study of creativity in later life, *The International Review of Psycho-Analysis*, 15: 353-363.
- Jacques E. (1955), *I sistemi sociali come difesa dall'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali*, in Klein M., Heimann

- P., Money-Kyrle R. (Ed.), *Nuove vie della psicoanalisi* tr. it. Il Saggiatore, Milano, 1966: 607-631.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del sé*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1977), *La guarigione del sé*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- Lamarque V. (1987), *Il signore d'oro*, Crocetti, Milano.
- Le Gouès G. (1991), *La psicoanalisi e la vecchiaia*, tr. it. Borla, Roma, 1995.
- Lebovici S. (1960), La relation objectale chez l'enfant, *Psychitric. enfant*, 8(1): 147.
- Libro tibetano dei morti. La grande liberazione attraverso l'udire nel Bardo*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1977.
- Longhin L., Mancia M. (Ed.), (2001), *Sentieri della mente. Filosofia, letteratura, arte e musica in dialogo con la psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Minkowski E. (1933), *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, tr. it. Einaudi, Torino, 2004.
- Nancy J.L. (2000), *L'intruso*, tr. it. Cronopio, Napoli, 2000.
- Pennac D. (1987), *La fata carabina*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1992.
- Pichòn Rivière E. (1977), *Il processo gruppale*, tr. it. Lauretana, Loreto, 1985.
- Pines M. (1998), *Riflessioni circolari*, tr. it. Borla, Roma, 2000.
- Racalbuto A. (1994), *Tra il fare e il dire. L'esperienza dell'inconscio e del non verbale in psicoanalisi*, Cortina, Milano.
- Salvayre L. (1999), *La compagnia degli spettri*, Guanda, Milano.
- Scocco P., De Leo D., Pavan L. (Ed.), (2001), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Severino E. (2000), *La legna e la cenere*, Rizzoli, Milano.
- Spagnoli A. (1995), "... e divento sempre più vecchio". Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zayas E.M., Grossberg G.T. (1996), Treating the agitated Alzheimer patient, *Journal of clinical Psychiatry*, 57: 46-51.