

Luigi Boccanegra

La consulenza come occasione elaborativa per il lavoro di équipe nelle strutture intermedie

Scelgo due materiali che, per le difficoltà di elaborazione che hanno comportato per un'intera Unità operativa, si prestano ad esemplificare come la capacità di *reverie* di un'équipe non vada confusa con uno stato contemplativo o sognante utilizzabile solo in condizioni di operatività protetta (per es. pratica privata o relazione duale), ma sia compatibile, come funzione, con una più ampia consapevolezza tragica, indispensabile per comprendere e coordinare le risposte degli operatori di diversi servizi nel loro insieme (SPDC, Centro diurno, ambulatorio etc.).

Infatti, nei casi in cui l'intensità delle angosce che un paziente mobilita negli operatori, determina un vero e proprio blocco del processo elaborativo (per es. con conseguente espulsione del paziente dal servizio), una concezione teorica del rapporto continuità-discontinuità sorretta dal pensiero fluttuante della *reverie*, fornisce una comprensione d'insieme della dinamica in atto che permette di mantenere un carattere globale alla risposta dei servizi, indipendentemente dallo scacco cui può essere andato incontro un singolo servizio che è stato, se così si può dire, privilegiato dal maggiore coinvolgimento con il paziente.

Cercherò nell'esposizione di illustrare come la discussione del primo caso (con l'équipe di Seregno del dr. Lanzara), mi abbia aiutato nella comprensione del secondo (con l'équipe di Vicenza della dr.sa Lazzarin).

Quella stessa mattina il paziente, Andrea, che era stato accolto da circa un anno per una residenzialità completa al CRT (comprende il Centro diurno e alcuni posti letto da utilizzare come "ospedale di notte", in caso di necessità), era andato con l'assistente sociale a vedere un appartamento, in vista di una prossima dimissione.

Il paziente aveva trovato l'appartamento «spazioso, ma con finestre troppo grandi», per cui gli era stato detto che non era l'unico appartamento disponibile e che si poteva riparlare più avanti.

La sera, mentre le due infermiere in servizio stanno distribuendo i farmaci e i pazienti sono in sala che guardano la televisione, c'è un *blackout* e bisogna aspettare il tecnico che venga ad attaccare la corrente.

Andrea si innervosisce e molesta una paziente solitamente inerte che, ricostruendo poi, pare gli abbia detto come altre volte: «perché mi tratti così, potrei essere tua madre?». Un attimo dopo, le infermiere si sentono chiamare gridando dagli altri pazienti, perché Andrea l'ha presa per il collo e la sta soffocando.

L'infermiera che arriva per prima, viene presa per i capelli e riesce a liberarsi, allora il paziente si lancia sulla sua collega e la insegue intorno ad un tavolo gridando: «Portatemi fuori di qui, qui succede una strage», o qualche cosa del genere. Infilata di corsa il corridoio verso l'uscita dal Centro, e quando arriva sulla porta dice che tornerà più tardi, come al solito, entro le dieci.

Una telefonata al SPDC ottiene soltanto una risposta del tipo: «Se passa di qua lo teniamo in reparto».

Non potendo contare che, almeno nel turno successivo, ci fosse un infermiere maschio, vengono informati i carabinieri perché alle dieci, quando rientra lo accompagnino al SPDC.

Dopo un lungo ricovero di alcuni mesi, gli operatori del Centro non vogliono più riaccogliere il paziente, e i loro colleghi del reparto premono perché venga dimesso dalla

psichiatria, per passare nuovamente ai servizi territoriali dato che, secondo loro, non pone nessun problema dal punto di vista comportamentale.

Questo è il quesito che viene posto al consulente come tema di discussione, nell'incontro previsto per l'aggiornamento.

Osservazioni sul caso.

Posso immaginare che comporti particolari problemi la presa in carico in termini di residenzialità completa (cioè anche notturna), di un paziente che presenta nell'anamnesi fatti che rendono presumibile l'eventualità di una ripetizione traumatica (Andrea infatti, ha assistito da bambino all'uccisione del padre da parte della madre).

Che cosa significa proporgli di fare per un anno quei pochi gradini che alla sera portano di sopra, cioè al reparto notte del CRT? Percorrere quei gradini comporta una regressione più intensa anche di giorno, che non è confrontabile con quella di chi venisse da casa solo per dormire, o di chi lasciasse il Centro la sera per occupare un posto letto al SPDC.

In queste situazioni si tocca con mano come una persona sola o anche un piccolo gruppo di operatori, per quanto disponibili e preparati, non possa far fronte da solo ad una ripetizione traumatica, che richiede piuttosto una "convocazione emotiva" ed elaborativa dei vari servizi nel loro insieme.

In questi casi, i sentimenti giustificati di paura e di rabbia da parte degli operatori più esposti, non permettono che venga tenuto presente il significato ripetitivo-evolutivo che l'aggressione in istituzione può avere per il paziente: chi, tra gli operatori, ha avuto paura perché era presente o lavora soprattutto al Centro diurno, non se la dimentica più, e chi non c'era o lavora altrove, la dimentica troppo presto.

Devo riconoscere che in questo primo caso, nonostante il lungo lavoro di aggiornamento che durava da anni, non sono riuscito a raggiungere un grado di esplicitazione sufficiente dei problemi inerenti e quindi a facilitare il riaccoglimento del paziente al Centro, benché un altro consulente stesse addestrando nello stesso periodo gli infermieri del SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura).

Voglio però soffermarmi brevemente su alcuni aspetti teorici impliciti in un caso come questo, perché penso sia ricco di spunti di riflessione al fine di preservare gli aspetti evolutivi della ripetizione traumatica, attraverso una simultanea presenza di coesione e differenziazione da parte dell'équipe nel suo insieme, senza per questo negare i fatti.

Come dirò più avanti, è stato infatti riflettendo sul caso di Andrea che mi è stato possibile essere più adeguato con le équipe incontrate a proposito del secondo caso, cioè nel caso di Mauro, e mi spiego.

La coralità degli operatori, dispiegata nei vari servizi, permette infatti una distribuzione dell'intensità traumatica altrimenti intollerabile per il gruppo di un singolo servizio, vincolando più testimoni contemporaneamente a seconda del grado di prossimità che occupano nell'istituzione rispetto al "luogo" in cui il trauma si è ripresentato.

In un certo senso, ogni operatore è simultaneamente testimone ed interprete del dramma, restituendo alla scena complessiva il frammento che gli compete, a seconda del posto del campo che occupa distintamente, al momento dell'evento.

Soltanto una coralità sufficientemente estesa, cioè che possa usufruire di più spazimomenti (infatti il paziente grida: «portatemi fuori di qui»), ma egualmente accomunata in un compito ricostruttivo, può tenere insieme la totalità dei frammenti che entrano nella composizione della scena: le parti morte (cioè gli operatori più colpiti che non potranno più avvicinarsi al paziente con la stessa disponibilità); le parti che negano gli impulsi omicidi e che dimenticano tutto troppo presto (utili anch'esse, oltre un certo limite, per dimenticare); le parti che sentendosi in grado di ricostruire un rapporto deteriorato vorrebbero fosse già ultimata la ricostruzione; le parti per così dire

“intermedie” che hanno presente il loro compito di legare tra loro le altre rispettandone l'inevitabile diversità.

Nei casi come questo, di rottura del contenitore istituzionale (Centro diurno), è importante che sia tenuta presente l'esigenza di un allargamento del campo di interazione, in modo che l'intensità del trauma possa essere diluita e stemperata in spazi diversi e attraverso testimoni diversi, ma è altrettanto necessario che questa esigenza vada insieme al mantenimento di un tono coesivo tra gli operatori, senza che nessuno rinunci alla sua parte, in modo da mantenere una traccia per il successivo percorso di reintegrazione.

Il paziente sarà adeguato a questo percorso solo in un secondo momento, quando potrà prendere contatto gradualmente con le proprie emozioni che per ora sono proiettate sui singoli operatori (personificazione), che con la loro presenza diversificata le testimoniano anche per lui.

Preziosa per esempio potrebbe essere la versione “intermedia” di un infermiere del SPDC, cioè lontano fisicamente dal fatto ma emozionalmente ben identificato con i suoi colleghi del diurno, che potesse collegare un atteggiamento troppo mite del paziente quando è nel reparto ospedaliero, con una violenza presumibilmente soffocata “qui” (SPDC, ma esplosiva in condizioni di convivenza meno controllata, cioè “lì” (Centro diurno)).

Eguale efficacia potrebbe essere il contributo di un operatore che si fosse trovato in precedenza ad essere aggredito da un paziente, ma ad aver subito l'incomprensione dei compagni di lavoro del medesimo servizio.

Ogni operatore viene a trovarsi, in questi casi, tra due esigenze contrastanti che la *reverie* contribuisce a modulare, cioè tra una esigenza di globalità e di singolarità: da un lato deve promuovere la comprensione per l'evento nel suo insieme (nella misura in cui può avere una virtualità ri-concettiva per il paziente), e dall'altro mantenere la propria competenza testimoniale topograficamente radicata, cioè percettivamente conseguente al frammento di cui è stato testimone, con le emozioni connesse.

Voglio ora presentare un materiale che si presta ad illustrare i limiti della elaborazione dell'équipe, anche quando le condizioni organizzative di espressione e di osservazione siano ottimali.

Il caso di Mauro conferma come una rete di servizi ben coordinati fornisca delle condizioni favorevoli per la ritrascrizione di esperienze emotive, che risulterebbero altrimenti intollerabili per ogni piccolo gruppo istituzionale preso singolarmente.

In particolare voglio descrivere il ruolo-chiave di un'operatrice che si trovi a svolgere la funzione di intermediaria tra due colleghe impegnate in due servizi distinti.

Accanto al fatto di facilitare l'integrazione tra due servizi impegnati con lo stesso paziente, il materiale emerso nel caso di Mauro si presta ad una considerazione ulteriore che riguarda quanto ho definito all'inizio integralità del lavoro istituzionale, cioè quel fenomeno che si verifica quando il processo elaborativo giunge alle sue estreme conseguenze, definendo i limiti della consulenza stessa.

Nei casi più gravi infatti, la stessa ricostruzione del caso clinico in gruppo riattiva le risorse affettive degli operatori impegnati con quel dato paziente, per cui anche il sistema di valori del consulente viene messo in discussione, e quest'ultimo si trova coinvolto a dover giustificare eticamente il limite che il dolore mentale degli stessi operatori pone all'esplorazione, quando quest'ultima rischia di diventare fine a se stessa.

Concluderò ricordando l'episodio di Ulisse e Demodoco alla corte dei Feaci, così come mi sono trovato ad associarlo spontaneamente durante la discussione del caso di Mauro, cercando di dare voce, attraverso un racconto esemplare, al dolore inevitabile di un'operatrice che si era venuta a trovare nella condizione di subire per prima il comportamento intrusivo del paziente.

Su questo paziente era già stata fatta una riunione circa un anno prima, dall'attuale riunione che riporto ora.

In quell'occasione, a presentare il materiale erano stati gli operatori del servizio denominato "Icaro", ed una infermiera in particolare (Patrizia) aveva confidato le difficoltà che stava procurandole un paziente che le aveva comunicato insistentemente di essere innamorato di lei.

C'era stato modo di soffermarci sulla solitudine in cui era venuta a trovarsi l'operatrice, tanto più che il paziente era giunto al servizio dopo un periodo di degenza al SPDC, succeduto alla scarcerazione da un Istituto di pena: era stato detenuto per aver ucciso con una coltellata un presunto rivale nel suo paese d'origine.

In quella riunione avevo sollecitato altri operatori dell'Icaro ad affiancare Patrizia, in modo che il paziente potesse disporre di figure collaterali sulle quali spostare in parte l'esclusività manifestata per l'infermiera.

Ora, dopo un anno, la riunione comincia con il racconto del medico responsabile del servizio denominato "Geranio" (che si occupa del reinserimento familiare), che si sofferma sulle angosce manifestate dai pazienti nei confronti del loro rientro in famiglia, dopo anni di assenza da casa, per ricoveri prolungati.

Constatiamo che i presentimenti nei confronti del rientro, risvegliano angosce presenti al momento dell'ultimo ricovero, come se il tempo si fosse fermato in quel preciso momento.

Forse stimolato dal pensiero di un'emergenza com'è appunto il ricovero, il medico responsabile dell'Icaro riferisce di aver trasferito da pochi giorni il paziente in un altro servizio, perché secondo lui la situazione emotiva era diventata troppo pesante per i suoi operatori.

Dice di averlo fatto di persona, invitando il paziente a seguirlo e, fattolo salire sulla sua macchina, di averlo condotto al "Roseto" (una terza struttura di cui dispone l'équipe), struttura secondo lui più adeguata in quel momento.

Si delinea in questo modo più chiaramente il quesito posto al consulente: come affrontare cioè una situazione di "predilezione" così inquietante come quella vissuta da Patrizia e dai suoi colleghi dell'Icaro, potendosi avvalere di un aiuto concordato con gli altri servizi, senza che ci si trovi nella situazione d'emergenza di eseguire un trasferimento di fatto, senza comprenderne meglio le ragioni.

A questo punto della riunione gli interventi si susseguono rapidamente e contribuiscono a definire due posizioni prevalenti: Dorina da un lato, portavoce del Roseto, rivendica il diritto di pensare che Mauro sia stato tenuto all'Icaro finché i colleghi erano in grado di sopportarlo e poi, di averlo per così dire scaricato senza preavviso; Patrizia dall'altro, rivendica per quanto la riguarda di aver cercato di fare il possibile per il paziente, sostenendo che chi non lo conosce non può rendersi conto di quanto lavoro sia stato fatto nel corso di un anno.

Ad un certo punto, mentre vengono chiamati in causa i conduttori dei diversi servizi, Patrizia piange silenziosamente e la cosa viene notata dalla responsabile dell'unità operativa che osserva come l'infermiera abbia preferito tuttavia rimanere presente alla riunione, senza uscire. Un'assistente sociale prima si alza e le si siede vicino, poi va in cucina a prenderle del tè. A sua volta la responsabile cerca di dire qualche cosa per riavvicinare le operatrici dei due servizi, ma lo fa troppo precocemente rispetto al tempo che i sentimenti in gioco richiedono per essere espressi fino in fondo, per cui Patrizia dice: «No dottoressa, non è ancora così! Non sento capita la fatica. Il dottor Boccanegra ricorda tutto della riunione di un anno fa!».

Io ho avuto l'impressione che attraverso il riferimento idealizzato alla mia memoria, venissero definiti i limiti stessi del contenitore (consulenza), e che dopo un anno si

riproponessero alcuni contenuti espressi in precedenza che solo ora trovavano la possibilità per tutti noi, di essere elaborati ulteriormente.

Forse io stesso avevo sottovalutato le difficoltà che l'Icaro avrebbe incontrato con Mauro e venivo richiamato a svolgere una funzione di collegamento più esplicito tra i vari servizi. Dovevo sentirmi responsabile di una genitorialità intesa in modo più allargato.

Patrizia con il suo pianto si era venuta a trovare sul crinale indecidibile di due sentimenti entrambi irrinunciabili: il rispetto simultaneo di sé e dell'altro.

Da un lato sentiva di essersi impegnata sinceramente per aiutare il paziente, dall'altro sentiva l'esigenza di un interlocutore adeguato che comprendesse come il limite incontrato dalle sue capacità in questo caso era inevitabile. Era come se dicesse: in questi casi, o il collega (il conduttore, il responsabile, il consulente etc.) ti viene incontro e dimostra di capire la situazione, o giustificarsi significa tradire i propri sentimenti!

Devo riconoscere che io non ho trovato in quel momento altro modo di intervenire, se non attraverso un racconto esemplare, cioè limitandomi a mia volta a fare da portavoce. Credo sia stato il pianto silenzioso a farmi ricordare l'episodio dell'Odissea che tra poco riferirò.

Però, prima di concludere, voglio riferire qualche cosa del seguito della riunione che, secondo me, ha avuto un'evoluzione favorevole ai fini del nostro tema (la ripetizione traumatica), sia per gli operatori che per il paziente.

Infatti, nella seconda parte della riunione, le operatrici del Roseto riprendevano il materiale delle ultime settimane dimostrando che, al di là del conflitto iniziale, avevano potuto avvalersi di quanto era accaduto all'Icaro.

Lorena, per esempio, un'altra infermiera del Roseto, ricevendo da Mauro la confidenza di essersi ora innamorato di Dorina, poteva confrontare con lui le due situazioni, stimolando a riflettere sulla loro ripetizione, e sui problemi che in questo modo creava ogni volta alle persone che avessero cercato sinceramente di aiutarlo.

Dorina a sua volta riferisce di essersi rivolta a Mauro, mentre stava alla finestra soprappensiero, chiedendogli se stava pensando a Patrizia e di essersi resa conto di averlo "svegliato" improvvisamente, come da un sogno.

Il paziente si era trovato infatti profondamente disorientato dalla domanda dell'infermiera e le aveva detto riavendosi: «Mi hai dato una coltellata!».

Nei giorni seguenti Mauro confiderà a Dorina che nell'episodio dell'omicidio (ora gli era più chiaro), aveva usato il coltello per «tagliare il pensiero che, secondo lui, univa il rivale alla sua fidanzata».

Conoscendo i frammenti riferiti dalle sue colleghe, Lorena avrà modo di chiedere a Mauro come si sarebbe potuto aiutarlo, dato che era ormai chiaro anche per lui, che dal modo con cui si affezionava alle persone, si trovava poi in difficoltà a doversene separare.

Attaccava lui stesso con tutte le sue forze il proprio modo di legarsi, che non gli permetteva di distinguere le persone le une dalle altre, né di differenziare i diversi luoghi (servizi) tra loro.

Ho voluto raccogliere questo materiale perché si presta ad illustrare come, oltre un certo grado di coinvolgimento degli operatori, il consulente stesso venga coinvolto nel processo di elaborazione dei singoli servizi, per cui si pone il problema se la quantità di affetto che viene mobilitata possa essere adeguatamente trasformata nella riunione di discussione con il consulente, senza che una comprensione più profonda del paziente non determini una sofferenza intollerabile per gli operatori.

Vengo ora brevemente all'episodio di Ulisse e Demodoco presso i Feaci, e concludo.

Tutto si svolge nella cornice di premure proprie della regalità che presiede all'incontro (la reggia di Alcino come istituzione ideale), in modo che le condizioni di osservabilità e di espressione siano adeguate.

Omero definisce i due interlocutori in modo che la loro complementarità si traduca in uno scambio integrativo di parti (un'interpretazione riuscita, direbbe S. Resnik): infatti Demodoco canta le gesta degli eroi ma è cieco, cioè vive in astinenza di azione ed è proprio attraverso l'assenza che può ricreare le azioni altrui; Ulisse è uomo d'azione per eccellenza, però in quel momento è ancora privo di parola e di memoria, come se fosse rimasto svuotato dalla peripezia.

Ci sono due momenti di commozione da parte di Ulisse che ascolta dalla voce di Demodoco il racconto della guerra sotto le mura di Troia.

Nel primo episodio (versi 63-100), Alcino si accorge che Ulisse piange, ed invita i presenti ad uscire e a raggiungere la spiaggia per i giochi, cioè non insiste, come se sapesse che ciò che conta ritorna, in ogni caso si ripresenta (*après coup*).

Durante i giochi Ulisse viene sfidato e si ritrova più battagliero, per cui al rientro dalla spiaggia riporta la sfida sul piano del racconto, provocando il cantore a ripercorrere per filo e per segno l'episodio decisivo ai fini della sua identità nel conflitto, cioè quello del cavallo.

Tra i due momenti di commozione (che definiscono l'aspetto di-fasico della reintroiezione) c'è l'episodio del cibo che anticipa concretamente quello che sarà poco dopo l'assimilazione dei contenuti dolorosi della ricostruzione dell'identità dell'eroe.

Il poeta dice che Demodoco gioisce profondamente della carne che Ulisse gli porge attraverso l'araldo, come a testimoniare anche lui della reciprocità trofica tra i due:

(verso 482) Disse così, e l'araldo portandola in mano, la pose davanti al divino Demodoco, che l'accettò e gioì nel suo cuore.

A quel punto Demodoco racconta per filo e per segno l'episodio del cavallo, ed Ulisse si apre. Quando l'eroe non riesce più a frenare il pianto ed Alcino lo invita a dire il suo nome mi pare che il testo realizzi una simultaneità di aperture: alla descrizione dettagliata di Demodoco Ulisse si apre e piange, ma anche Omero risponde, aprendosi con una analogia.

Omero, che nel primo episodio di commozione non si era espresso, qui si ricongiunge come voce narrativa ai propri personaggi, in un'area di mutualità:

(verso 523) Come donna, su di lui gettandosi, piange lo sposo
che cadde davanti alla città e ai suoi guerrieri,
per difendere i figli e la rocca dal giorno fatale,
e lei, che l'ha visto annaspire e morire,
gli si abbandona sopra, e alto singhiozza...
Così Odisseo sotto le ciglia pianto angoscioso versava.

Questo è il messaggio che giunge dal passato lontano attraverso le generazioni: la recettività condivisa di fronte al dolore umano prevale sulla chiusura e provvede a sciogliere per quanto è possibile la forza pura e semplice della morte.

La protezione del gruppo guidato da Alcino provvede al ritrovamento di questa nobiltà, che Omero stesso incorona.

Il testo esemplare (H.R. Jauss), suddividendo come in questo caso l'autorialità in una pluralità simultanea di autori, ci fa comprendere che ciascuno può entrare nel racconto prendendo di volta in volta una delle parti, e che la vera separazione non protegge dal

fatto che quanto oggi accade all'uno, non possa domani accadere all'altro, nel male come nel bene.

Questa è l'essenza del convivio esplorativo nel piccolo gruppo di ricerca.

Anche se è soltanto una suggestione letteraria e non esiste un'istituzione ideale, mi piace pensare che Omero, avendo organizzato la narrazione in questo modo, intervenendo in quel punto con la sua analogia, abbia voluto lasciare alle generazioni future una traccia di esemplarità: il richiamo del dolore subentrante come graduale ritrovamento della propria identità.

Bibliografia

CORREALE, A. (1991), *Il campo istituzionale*, Roma, Borla.

CORREALE, A. (1993), *La supervisione nei servizi pubblici*, in *Psichiatria nella Comunità di Asioli, Ballerini, Berti-Ceroni*, Torino, Bollati-Boringhieri.

FEDIDA, P. (1995), *Teoria dei luoghi*, in *Le site de l'étranger*, Parigi, PUF.

JAUSS, H.R. (1994), *L'istanza morale dell'ambito estetico*, in «Iride», n. 12, Bologna, Il Mulino.

PETRELLA, F. (1993), *Quadro e cornice: il setting clinico*, in *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Milano, Ed. R. Cortina.

RESNIK, S. (1994), *Interpretazioni*, Castrovillari, Teda.