La Supervisione e il gruppo di lavoro

Rinaldo De Sanctis

Abstract

A partire dalle più moderne teorie in tema di valutazione e trattamento delle crisi psichiatriche acute, viene proposta una riflessione sul senso della supervisione in un servizio psichiatrico ospedaliero. Dalla crisi attuale della psichiatria e della terapia farmacologica, questo articolo esamina l'approccio basato sui principi della Recovery, i modelli dialogici di rapporto con i pazienti e gli sviluppi della Psicoanalisi Multifamiliare. Partendo dal mandato proprio di un "Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" (SPDC), verrà proposto il tentativo di riorientare la funzione di "diagnosi e cura" nel lavoro di tutti gli operatori del reparto, intesi come gruppo di lavoro. Ci si chiede quanto la supervisione possa affrancarsi dall' immagine dell' "esperto" che propone una lettura del paziente e dà le conseguenti indicazioni e se la funzione del supervisore possa essere quella di catalizzare e portare alla luce le capacità del gruppo di lavoro di rilevare la condizione esistenziale del paziente e di individuare l'assetto di relazione più funzionale ad una prospettiva di trattamento efficace.

Parole chiave: gruppo di lavoro, metodo dialogico, soggettività, crisi "psichiatrica", Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, funzione catalizzatrice della supervisione.

Introduzione

Alla luce delle più recenti acquisizioni sulla valutazione e sul trattamento delle crisi psichiatriche acute, per poter riflettere sul senso della supervisione in un "Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura", sono necessarie alcune premesse.

Nonostante i cambiamenti messi in atto dalla riforma che ha sancito la chiusura dei manicomi, la pratica dei servizi psichiatrici pubblici, sia ospedalieri che territoriali, ha mantenuto significativi contatti con il modello medico-psichiatrico . Tale modello definisce le espressioni di disagio come "malattie", ne fa oggetto di classificazione e le correla ad una "cura" farmacologica . Tutto questo ha comportato una serie di effetti significativi, sia relativamente alla possibilità di comprendere una condizione di disagio espresso con manifestazioni ideative , affettive o comportamentali, sia relativamente al modo di prendersene cura. Parlare di malattia nella nostra cultura , al di là delle migliori intenzioni, ci proietta ad affrontare la condizione umana di disagio psichico espressa nelle "crisi psichiatriche" come condizione non fisiologica, con una eziologia specifica, una semeiotica, un riscontro anatomo-patologico, un decorso, una prognosi ed una terapia farmacologica. Per intenderci, tale modello trova la sua più esplicita espressione nella condizione riferibile ad una malattia infettiva, in cui gli aspetti sopra elencati risultano sufficientemente definiti. Nel corso del tempo questo modello applicato alla psichiatria ha mostrato i suoi limiti nel

forzare al suo interno espressioni di disagio prive di un agente eziologico specifico, di proprie alterazioni anatomo patologiche, di una semeiotica chiara, di un decorso pre-definibile. La stessa terapia farmacologica è stata ridimensionata grazie alle recenti acquisizioni derivate dalle neuroscienze che non le riconoscono capacità curative specifiche per i sintomi psichiatrici (Pankseep, 2012) e alla luce delle emerse correlazioni tra gli interessi delle case farmaceutiche e le immissioni sul mercato di prodotti di cui, grazie alla connivenza di ricercatori più o meno coscienti, venivano millantate alte capacità curative e bassi effetti nocivi, entrambi rivelatisi nel tempo non veritieri (Withacker, 2010; Gotzsche, 2013). Anche l' enfasi con cui furono accolte le progressive revisioni dei sistemi di classificazione delle malattie psichiatriche (Allen, 2012) ha tenuto poco in conto che i sistemi di classificazione delle malattie sono nati tra la fine del XVIII° e l' inizio del XIX° secolo (Foucault, 1963) sull' onda di classificazioni di piante e di animali. I criteri descrittivi su cui si basavano prevalentemente tali classificazioni mal si adattano alla complessità della condizione umana, tanto più se l'oggetto di studio riguarda il disagio psichico.

E' bene chiarire che quanto nel tempo è emerso, non può essere utilizzato per demonizzare né l'uso degli psicofarmaci né le classificazioni del disagio mentale. Quello che più opportunamente ne può derivare è la consapevolezza che entrambi non possono più essere considerati come il fulcro di una pratica psichiatrica. La terapia psicofarmacologica va riportata al suo ruolo di presidio da utilizzare nelle situazioni in cui la nostra impotenza di fronte a certe espressioni estreme del comportamento umano, ci porta a ricorrere a mezzi che in sé non curano. Questi mezzi, agendo genericamente su una limitazione o su una attivazione delle funzioni cerebrali, possono tentare di riequilibrare situazioni la cui origine è anche negli aspetti relazionali, sociali e ambientali. Le stesse classificazioni trovano la loro utilità nel cercare di definire ambiti di studio e di intervento a livello epidemiologico, quindi utili per una politica sanitaria. Risultano, però, molto meno utilizzabili nella cura delle persone in cui l'unicità del singolo paziente richiede una conoscenza personalizzata, sia delle modalità di relazione, sia delle condizioni di vita.

A fronte della crisi del modello medico, si sono sviluppati altri modelli teorici e operativi di approccio al disagio psichico basati sulla concezione della psicosi come una delle possibili espressioni, spesso estreme, delle varie declinazioni dell' esistenza umana.

Un primo modello è rappresentato dal concetto di Recovery (Maone, D'Avanzo, 2015) che concepisce la guarigione non come "restitutio ad integrum" o come un ritorno allo "status quo ante" (… difficilmente conciliabili con il fluire continuo che la vita riserva a tutti noi…) , ma come un processo di "riconoscimento" (Boitani, 2014) a partire da un' esperienza, quella psicotica, che può anche essere catastrofica. Il processo di guarigione, indipendentemente dall' eventuale permanenza di tratti "sintomatologici", viene considerato come soggettivo, unico e non lineare

dove il paziente ricopre un ruolo attivo ; l'obiettivo della recovery è il recupero di una condizione interpersonale e sociale accettabile per il paziente e per il suo ambiente di vita.

Un secondo modello è rappresentato dal "metodo Dialogico" (Seikkula, 2014). Questo modello si basa sul concetto di "coevoluzione" inteso come " processo per mezzo del quale il sistema nella sua evoluzione subisce una continua influenza dal suo ambiente e, reciprocamente, influenza di continuo il suo ambiente" (Simon, 1985; Seikkula, 2014, pag. 5). A partire da questo concetto, la diagnosi medica si rivela come modalità basata su una competenza del medico che è detentore di un sistema di riferimento (la classificazione delle malattie) in cui inserire i dati forniti dal paziente (i sintomi) e da cui derivare una definizione del problema e una cura farmacologica. Tutto ciò rimane chiuso in una dimensione "monologica" in cui il paziente è oggetto passivo di cura da parte di un soggetto, il medico, "supposto sapere" . Al contrario, nella visione "dialogica" del lavoro di cura (svolto anche con la famiglia della persona portatrice del sintomo), ci si dispone a considerare i diversi punti di vista - del paziente, dei familiari e degli altri attori significativi del suo ambiente di vita- come una "polifonia" di verità da utilizzare nella ricerca di un nuovo possibile equilibrio grazie alla mobilizzazione delle capacità proprie di ogni famiglia. Il dialogo così inteso rappresenta l'obiettivo da raggiungere, consapevoli che questo non porterà alla risposta o alla soluzione definitiva, ma ricercherà l' apertura di nuove prospettive in cui il paziente e la sua famiglia saranno chiamati ad una attiva ricerca di soluzioni possibili all'interno del loro ambito relazionale di cui sono gli unici ad avere diretta conoscenza.

Il terzo modello è quello dei "Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare" introdotti in Italia da Andrea Narracci (Narracci, 2015) sulla base delle intuizioni, della teorizzazione e della pratica di Jorge Garcia Badaracco (Badaracco, 2000). Questo approccio, partendo dal patrimonio psicoanalitico, considera la presenza di "interdipendenze patogene" all'interno delle famiglie come possibile elemento originario dei disturbi di identità propri della condizione psicotica e propone la possibilità di un trattamento all'interno di gruppi multifamiliari allargati. Ipotizzando la possibilità di recupero e la presenza di risorse individuali inespresse e puntando sulla capacità del gruppo di sviluppare e alimentare una mente comune, questo strumento terapeutico crea le condizioni necessarie per riattualizzare relazioni condizionate da potenti fenomeni proiettivi all'interno delle famiglie e di utilizzare proficuamente il contributo supportivo di altri pazienti e familiari. Evitando il condizionamento implicito nel concetto di malattia, la diagnosi viene qui ricondotta alla ricerca di comprensione della specifica relazione vissuta all'interno della famiglia del paziente e un aspetto importante della terapia diventa il necessario coinvolgimento e contributo di tutti i suoi membri.

Tutti e tre questi modelli si ispirano a una concezione psicodinamica del funzionamento psichico che la psicoanalisi ha elaborato e sviluppato, indicando la continuità sostanziale tra normale e patologico, per cui in ciascuno si ritrovano tracce di funzionamenti 'folli' che permettono a curanti e familiari di comprendere qualcosa dell'organizzazione patologica e di non rigettarla in toto come aliena. Inoltre, la psicoanalisi ha mostrato che il funzionamento psichico avviene in un dialogo tra istanze diverse interne al soggetto stesso e con l'ambiente e i personaggi che incontra, permettendo così di pensare a una plasticità trasformativa di tali funzionamenti, non dipendenti da un determinismo causalistico necessario, ma immersi in un continuo spostamento e bilanciamento di forze tra io-mondo (Ferruta, 2015).

Questi modelli possono esemplificare nuove prospettive di cura per servizi psichiatrici pubblici, in particolare i servizi di ricovero ospedaliero che, più o meno esplicitamente, continuano ad essere individuati nell' immaginario collettivo come luoghi "medici", deputati al controllo dei comportamenti. Alcuni di questi servizi si interrogano continuamente su come potersi progressivamente emancipare dal modello medico stesso e introdurre elementi dei nuovi modelli di lavoro. Tutto ciò anche in considerazione del fatto che, occupandosi di situazioni di crisi, il loro lavoro, il tipo di "lettura" e di trattamento offerto può condizionare significativamente l'evoluzione della situazione del paziente.

Il servizio, il gruppo di lavoro, l'organizzazione

Il servizio a cui viene fatto qui riferimento è un "Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" che ha come mandato la diagnosi e il trattamento delle situazione di acuzie psichiatriche non trattabili nei servizi territoriali. Visto l'alto numero di accessi di pazienti psichiatrici in pronto soccorso e il numero fisso di posti letto disponibili, i ricoveri avvengono per pazienti con alti livelli di complessità che risultano quindi particolarmente impegnativi dal punto di vista terapeutico e assistenziale. Tale complessità ha comportato nel tempo la definizione di un'organizzazione che prevedesse adeguati strumenti di valutazione finalizzati a rendere realmente utilizzabile per il paziente l'esperienza del ricovero. Si è cosi definito che ogni paziente fosse seguito da una coppia di operatori "referenti che segue con continuità i colloqui con il paziente, le scelte farmacologiche, le implicazioni internistiche, i contatti con i familiari e i contatti con i curanti dei servizi territoriali. Sono stati istituiti incontri di gruppo quotidiani con tutti i pazienti ricoverati e , per un giorno alla settimana, un incontro con pazienti e familiari. Il programma annuale di formazione del servizio è stato infine concepito come interprofessionale e reso coerente con l'approfondimento di temi relativi alle criticità emergenti nel lavoro quotidiano. Si sono anche definiti momenti diversificati di incontro quotidiani e settimanali tra operatori per elaborare gli elementi raccolti sulla situazione dei singoli pazienti da parte degli operatori referenti, dei conduttori dei gruppi e dal

personale d'assistenza, al fine di definire insieme il progredire del programma di ricovero.

Questa organizzazione del servizio deriva dalla volontà di favorire un lavoro di gruppo tra operatori. Tale impostazione è nata come necessità correlata alla complessità propria del contatto con la condizione psicotica e delle sue implicazioni emotive a livello controtransferale. Nel tempo questa stessa scelta ci ha anche reso consapevoli che il gruppo di lavoro rappresenta un delicato, ma sofisticato strumento di raccolta e di elaborazione dei contenuti portati dal paziente. Il lavoro svolto nell' arco di 24 ore da diverse professionalità, se supportato da un sufficiente livello di coordinamento, si è rivelato infatti come uno strumento in grado di intercettare aspetti profondi del paziente che spesso non possono essere colti dai singoli operatori o nei singoli interventi. Alcuni aspetti riguardano comunicazioni profonde ed emotivamente intense che gli operatori recepiscono ad un livello non cosciente e che solo in un lavoro di gruppo possono perdere i connotati di pura emotività (paura, fastidio, preoccupazione, distacco) e accedere ad un livello di consapevolezza e di elaborazione fruibili per una valutazione della condizione del paziente e un' ipotesi di cura. Nello stesso tempo il costante sforzo di coordinamento delle diverse competenze presenti tra gli operatori porta a interventi terapeutici che possono essere condotti con successo solo se una coerenza complessiva risulta rintracciabile nel lavoro svolto da ogni operatore. In sintesi il lavoro di gruppo si rivela come dotato di una mente gruppale capace di "intercettare" elementi fondamentali per la conoscenza del paziente, spesso non accessibili alla mente di un singolo operatore (Bion 1961, Corrao 1998, Ferruta 2010 e 2012, Kaes R. 2008, Neri 2004) e come "potenziatore" degli interventi finalizzati alla cura.

Questa impostazione del lavoro comporta anche elementi problematici.

Il lavoro di gruppo porta con sé l'accettazione dei limiti posti ad un' espressione più personale della propria professionalità. Ogni operatore riesce a non vivere questa condizione gruppale come disconoscimento della propria individualità professionale solo nel momento in cui, facendo ricorso all'esperienza di contatto con la dimensione psicotica e con la conseguente messa alla prova della identità dell' operatore, ritrova il proprio ruolo a pieno titolo di "coautore" reale del lavoro di gruppo.

La stessa costatazione, a volte difficile da tollerare, che la propria visione del paziente non venga accolta come una "verità", ma ricondotta ad una polifonia di "verità" in cui devono essere comprese anche quelle del paziente e dei suoi familiari, può rappresentare un motivo di disagio per gli operatori. Essi possono sentire in questo una mancata valorizzazione della propria dedizione al lavoro e della fatica che questo comporta. Solo quando viene colto che l'accettazione di essere portatore di una parte della "verità" comporta una redistribuzione delle responsabilità e un'

attivazione più estesa delle risorse di pazienti e familiari, si può cogliere che il lavoro di gruppo rappresenta un modello "sostenibile" in un lavoro a così alta complessità.

Va infine segnalato quanto il lavoro di gruppo nella sua fatica quotidiana di ricercare e sostenere il confronto con il paziente, i suoi familiari e gli altri colleghi e nell' accettare l'unicità di ogni situazione clinica, si colloca agli antipodi della semplificazione propria della concezione in cui la diagnosi nosografica rappresenta in sé l' individuazione degli elementi specifici da curare e la terapia farmacologica la risposta direttamente terapeutica. Si tratta di considerare la difficoltà di rinunciare alle "certezze" offerte dalla psichiatria biologica e di accettare di muoversi in un terreno in cui si confrontano continuamente incertezze e potenzialità.

In questa prospettiva di lavoro quale funzione può svolgere una supervisione in un servizio di ricovero che accoglie pazienti in crisi?

La supervisione

La supervisione clinica ha rappresentato negli anni passati un elemento qualificante nel lavoro nei servizi psichiatrici pubblici. A partire dalla chiusura degli ospedali psichiatrici il ricorso alla supervisione era considerato nei nuovi servizi territoriali e ospedalieri, come strumento per acquisire competenze da ambiti più o meno affini alla psichiatria: dalla psicopatologia alla farmacologia, dalla terapia sistemica e cognitiva fino ad arrivare alla terapia di gruppo e alla psicoanalisi. Sulla supervisione venivano riversate aspettative molteplici quali il miglioramento della capacità di inquadrare i pazienti, la possibilità di utilizzare le conoscenze di esperti, il ricevere lumi in merito agli interventi da mettere in atto nelle situazioni più complesse. Il principio sotteso riconduceva all' idea di una competenza specifica (relativa ora ad una tecnica, ora ad una lunga esperienza del supervisore) all'interno della quale venivano fatti confluire i dati raccolti dagli operatori con l'obiettivo di giungere ad una rilettura e ad eventuali indicazioni, entrambi coerenti con le competenze del supervisore. Tutto questo ha permesso una preziosa formazione per gli operatori e un'occasione di integrare consolidate esperienze affini, per la costruzione di un modello territoriale di intervento. Nel tempo però l'aspettativa degli operatori di essere aiutati nel difficile lavoro con la condizione psicotica, ha comportato il rischio di confluire in una visione in cui gli operatori stessi si collocavano nella posizione di fornire materiale clinico al supervisore da cui ci si aspettava, più o meno passivamente, una riconfigurazione della situazione. Tutto questo, pur sostenendo il lavoro quotidiano, ha rivelato un profondo limite nella impostazione fondamentalmente "monologica" della relazione supervisore-operatori. Già dall'inizio alcuni supervisori segnalavano il rischio di una falsificazione o di un' intellettualizzazione legata alla semplice esportazioni di metodiche e riconoscevano l'importanza di cogliere le basi teoriche, tecniche e culturali del linguaggio proprio del servizio (Tagliacozzo 1989). Nelle esperienze di supervisione del nostro servizio si è andata lentamente configurando così una modalità di lavoro che, riconoscendo al

gruppo di lavoro la capacità di intercettare aspetti rilevanti della personalità del paziente e delle cause più profonde alla base della crisi manifestata, vedeva il supervisore impegnato in un'attività prevalentemente maieutica di rilevazione di questi stessi aspetti. La presenza alla supervisione di tutte le categorie professionali facilitava la rilevazione di elementi diffusi in tutti gli ambiti della vita del paziente in reparto. Non solo venivano portate considerazioni sui colloqui, sulla partecipazione ai gruppi o agli incontri con i familiari e i curanti territoriali, ma entravano a pieno titolo anche rilevazioni fatte durante le notti, i pasti o le abituali modalità di assistenza. Questi elementi permettevano al supervisore di aiutare gli operatori a dare corpo ad aspetti che li impegnavano su un piano emotivo, ma che con difficoltà arrivavano a essere pensati e utilizzati per comprendere la situazione del paziente e le sue necessità sottostanti l'espressione sintomatologica.

Alice

Alice è una donna di 25 anni, studentessa universitaria, i cui genitori sono operatori sanitari e il cui unico fratello è ospite di una comunità terapeutica. Un primo ricovero avviene per uno stato di eccitazione ideativa successiva ad un primo rapporto sessuale e ad un fallito tentativo di accedere ad una prestigiosa università. Tale eccitazione l'ha portata a condurre una disordinata vita di studio e di relazione con familiari e coetanei. Questo ricovero si caratterizza per un atteggiamento sprezzante, denigratorio nei confronti dei curanti che, a dire di Alice, sono degli "incompetenti" e la limitano nel suo "sapere tutto" e "saper fare tutto". Dopo pochi giorni e una parziale attenuazione dell'eccitazione , il ricovero si conclude per intervento del padre che, anche egli violentemente critico e squalificante nei confronti del reparto, chiede la dimissione assicurando di garantire le cure con il medico del servizio territoriale conosciuto in reparto. Dopo la dimissione, Alice passa molto del suo tempo fuori la porta del reparto chiedendo di poter parlare con alcuni dei ricoverati per aiutarli a liberarsi dalle medicine "date da incompetenti". Nonostante i tentativi di convincerla ad affrontare la propria situazione andando al suo servizio territoriale invece di occuparsi dei problemi degli altri, Alice persevera nella sua richiesta finché, in una serata in cui l'eccitazione era tornata a livelli ingestibili, viene nuovamente ricoverata. Dopo i primi giorni di degenza in cui continua a sostenere l'incompetenza degli operatori e il suo "saper fare tutto", Alice inizia a mettere in atto comportamenti ad altissimo rischio per la sua incolumità. La gestione di questi atteggiamenti e comportamenti mette a dura prova il gruppo di lavoro: cominciano ad emergere intensi sentimenti di paura, irritazione e distacco, che sembrano minare le funzioni di cura. Nel corso di incontri di gruppo e di una supervisione, gli operatori segnalano la loro esasperazione di fronte agli atteggiamenti e comportamenti sprezzanti, insinuanti, volutamente e pericolosamente provocatori di Alice. A fatica si riescono a raccogliere sia elementi acquisiti nei diversi incontri con Alice e con i suoi familiari, sia le osservazioni fatte sulle relazioni tra loro. Emerge progressivamente quanto i genitori siano una coppia

conflittuale che vive una condizione fortemente ambivalente di intolleranza reciproca e contemporaneamente di forte complicità. Quando un operatore comunica che la madre, prima dei ricoveri di Alice, aveva drammaticamente annunciato a tutta la famiglia di voler andare a vivere da sola fuori città, un operatore commenta che secondo lui la madre non lo farà mai perché da sempre vive con il marito la classica relazione: "né con te , né senza di te". Un altro operatore riferisce che nella raccolta anamnestica è emerso come i genitori facessero deliberatamente assistere i figli, fin da piccoli, ai litigi tra loro perché fossero "testimoni" delle angherie che, reciprocamente, l' uno attribuiva all' altro. Quando un altro operatore afferma: "....come se i figli dovessero sapere come far andare d'accordo i genitori!!!...." , si apre una lettura diversa degli atteggiamenti di Alice. Lentamente il gruppo di lavoro si comincia a chiedere se le espressioni utilizzate da Alice non siano un modo di denunciare un clima familiare, ben rappresentato dall'abitudine dei genitori di far assistere i figli, in qualità di arbitri, ai loro litigi. Ci si chiede anche se questo stesso clima non abbia limitato Alice fin da piccola nella ricerca di una propria soggettività e l'abbia costretta a mettere da parte un suo progetto vitale assumendo lei la responsabilità di "sapere" e "saper fare" cose che non poteva "sapere" e "saper fare". Agli occhi del gruppo di lavoro la frase di Alice: "..io so tutto e so fare tutto.." si trasforma progressivamente nella frase: "... io devo saper fare tutto…". L'esito del lavoro svolto nelle riunioni e nella supervisione modifica sensibilmente il clima del rapporto reciproco tra Alice e gli operatori e attiva una serie di interventi con Alice e i suoi genitori che, condotti insieme al medico del servizio territoriale, sembrano aprire una prospettiva di lavoro familiare.

La ricerca di significati costituisce una bussola fondamentale, necessaria per rendere vivibili un mondo e delle relazioni a cui ogni soggetto riesca ad attribuire un significato soggettivo (Ferruta, 2015), peculiarità fondamentale del percorso di "ominizzazione" (Facchini, 2005).

Considerare la crisi psichiatrica come uno degli eventi possibili nell'esistenza di una persona e come effetto di una serie di esperienze di vita, può permettere di considerare i sintomi un modo coartato di affrontare vissuti di annullamento e di fallimento. Accogliere invece il sintomo solo come tale, classificandolo e contenendolo con i farmaci, rischia di ridimensionare l'ideazione o i comportamenti senza affrontare l'esperienza di annullamento e di fallimento e le cause che ne sono alla base. All'azione di contenimento, a volte inevitabile data l'irruenza emotiva della crisi, è necessario affiancare una prospettiva di apertura alla conoscenza e al trattamento delle situazioni di vita del paziente e della sua famiglia. Entrare in contatto con esperienze così intollerabili da rompere la continuità soggettiva di una persona, spesso configura un carico emotivo che può essere insostenibile per un singolo operatore. La natura di questo carico richiede un apparato gruppale accuratamente supportato, in grado di accoglierlo e trattarlo.

Proprio in questo sostegno al gruppo di lavoro può essere individuata la funzione della supervisione intesa come confronto con un esperto che non propone le sue conoscenze e la sua esperienza, ma che utilizza le sue conoscenze ed esperienze per cogliere e portare alla luce elementi di conoscenza ed esperienze di rapporto vissute dagli operatori con il paziente e i suoi familiari nel corso del ricovero. Nel momento in cui un paziente e la sua situazione relazionale entrano in reparto, attivano una micro "coevoluzione" che, come accennato precedentemente, configura un "processo per mezzo del quale il sistema nella sua evoluzione subisce una continua influenza dal suo ambiente e, reciprocamente, influenza di continuo il suo ambiente" (Simon, 1985; Seikkula, 2014, pag.5). Il gruppo di lavoro, inteso come ambiente temporaneo e parziale del paziente ricoverato, non potrà fare a meno di recepire le dimensioni emotive proprie del paziente. Spesso è possibile rendere pensabili queste stesse dimensioni che prendono quindi la via di una valutazione della situazione e di un ipotesi di cura; altre volte ristagnano nel gruppo di lavoro come emozioni diffuse, non pensate e potenziali cause di reazioni umorali o comportamentali degli operatori. La capacità di cogliere, far emergere e utilizzare queste emozioni ristagnanti definisce la possibile funzione della supervisione. E' un po' come se il reparto ricevesse un ospite portatore di culture, esperienze, visioni del mondo sue proprie che non possono essere ricondotte a quelle del reparto, ma con queste interagiscono modulandosi reciprocamente. La disponibilità a farsi "visitare" dal paziente contempla per il gruppo di lavoro una capacità di considerare il confronto che avviene sostanzialmente su un piano emotivo. Accettare il confronto, pur all'interno di un mandato del servizio e di un'organizzazione (…che però sia pensata per favorire il confronto….), attiva la faticosa, a volte dolorosa, possibilità di un processo di conoscenza in cui l' incertezza legata al "cosa succederà ?" si affianca all'attivazione delle potenzialità necessarie per comprendere più profondamente e far evolvere una situazione di crisi.

Si può concludere con alcune domande.

Quanto la possibilità di accogliere e trattare le condizioni limite dell'esistenza umana, proprie delle esperienze psicotiche delle persone ricoverate, può collegarsi alla modalità di affrontare il fenomeno della migrazione che attualmente ci coinvolge tutti e che riguarda anch'esso persone spesso portatrici di condizioni umane al limite, quali fame, guerra, persecuzioni ?

Quanto la paura di contattare diversità conturbanti sentite minacciose per la stabilità delle nostre culture, esperienze, visioni del mondo, rischia di farci scivolare verso soluzioni rigide, stigmatizzanti e repressive ?

Quanto accettare un confronto, una messa in discussione delle nostre convinzioni, può farci prendere coscienza che la modificazione inevitabilmente correlata all' incontro con l' altro diverso da noi, pur con tutti i margini di incertezza che questo

comporta, è una preziosa occasione di uscire da modelli di vita discutibili in cui siamo chiusi senza rendercene conto ?

Alla Biennale di Venezia del 2015 era esposto un quadro con questa scritta:

Cara Africa,

so che non sei un paese. Quello che è più importante al momento è che tu mi insegni cosa significa essere aperta, non centrata su me stessa e con un modo di pensare collettivo. Il mio essere assorbita da me stessa, il mio modo di pensare chiuso e il mio essere affascinata dall' individualismo, mi ha portato alla depressione. Posso organizzarmi per una tua visita, ma ho bisogno che tu mi sottoscrivi la promessa che andrai via solo dopo avermi dato ciò di cui ho bisogno. Purtroppo ho bisogno dei miei spazi e dei miei tempi. Aspetto ardentemente la tua visita.

Europa

Ringraziamenti

Per la stesura del testo devo ringraziare i miei colleghi di servizio per il loro lavoro, il Dr. Claudio Neri per i commenti competenti, utili e incoraggianti, e, in particolare, la Dr.ssa Anna Ferruta, non solo per i commenti ricevuti, ma per la dedizione mostrata nel suo pregresso ruolo decennale di supervisore del servizio, dedizione che ha rappresentato per tutto il gruppo di lavoro una preziosa occasione di crescita professionale e umana.

Bibliografia

Allen, F. *Primo non curare chi é normale*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2013.
Arnkil,T.E., Seikkula, J. (2012). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Trento: Erickson Editore, 2013.
Badaracco, J. E. G. (2000). *Psicoanalisi Multifamiiare*. Torino: Bollati Boringhieri Editore,2004.
Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando Editore, 1971.
Boitani, P. (2014). *Riconoscere è un Dio*. Torino:Einaudi Editore, 2014.
Corrao, F. *Orme.* Vol. 2. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998.
Facchini, F. Ominizzazione, cultura, umanizzazione. *Antrocom* 2005 -Vol. 1 - n. 2 - 179-183.
Ferruta, A. *Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione*. In: Gabriellini G. (a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*. Pisa: Felici, 2010.
Ferruta, A.(2011). Il contenitore istituzionale nelle patologie gravi. In *Funzionegamma*, 27, http://www.funzionegamma.edu/numero.asp?id=53.
Ferruta, A.(2012). *Il pensiero gruppale con il paziente, nella supervisione, nei servizi*. Lavoro presentato al Centro Psicoanalitico di Firenze. Pisa 17 novembre, 2012.
Ferruta, A.(2015). Comunicazione personale.
Gotzsche, P.C.(2013). *Medicine letali e crimine organizzato*. Roma: Fioriti Editore, 2015.
Kaes, R. *Il singolare plurale*. Roma: Borla Editore, 2008.
Maone, A., D'Avanzo, B. (a cura di). *Recovery*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.
Narracci, A. (2015). *Psicoanalisi multifamiliare come Esperanto*. Torino: Antigone Edizioni, 2015.
Neri, C. *Gruppo*. Roma: Borla Editore, 2004.
Panksepp, J., Biven, L (2012). *Archeologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
Seikkula, J. *Il dialogo aperto*. Roma: Fioriti Editore, 2014.
Simon, P., Stearling, H.,Winne, L. *The Language of Family Therapy*. New York Press, 1985.

Tagliacozzo, R. Funzione della supervisione nelle istituzioni. In *Gruppo e funzione analitica* n. 2 1989, Roma.
Withaker, R.(2010). *Indagine su un' epidemia*. Roma: Fioriti Editore, 2013.

Nota sull'autore

Rinaldo De Sanctis: psichiatra, psicoanalista, già direttore UOC S.P.D.C. Ospedale "S. Pertini", Dipartimento di Salute Mentale, ASL ROMA2

e-mail: rindesa@gmail.com