

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Il progetto “Argonauti”:
Diario di bordo di un viaggio
nell'emergenza-urgenza psichiatrica**

2° volume MONOGRAFICO 2016

Issn: 2279-6991



CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Il progetto “Argonauti”:
Diario di bordo di un viaggio
nell'emergenza-urgenza psichiatrica**

2° volume MONOGRAFICO 2016

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Alberto Cortesi, Daniela Ferrari, Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti

Redazione

Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Paolo Persia, Stefania Pellegri, Daniela Ferrari, Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti.

Comitato Scientifico

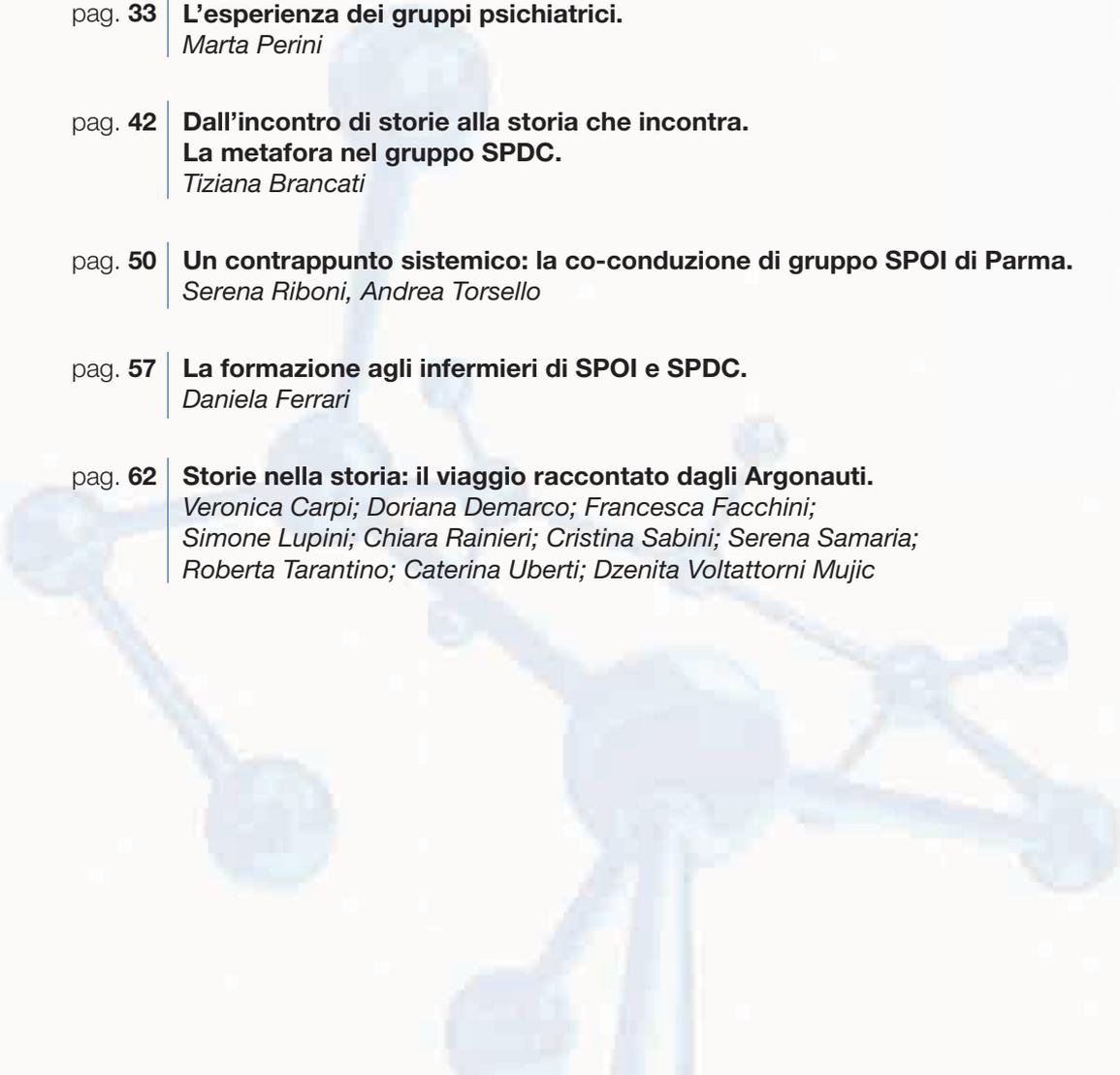
Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Gwyn Daniel (Londra)

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. **07** | **Presentazione.**
Pietro Pellegrini
- pag. **10** | **Introduzione.**
Antonio Restori
- pag. **14** | **La storia del progetto Argonauti.**
Daniela Ferrari
- pag. **23** | **Il colloquio psicologico individuale nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Attività, metodi e obiettivi di intervento sistemico.**
Marco Bocchia, Roberta Mutti
- pag. **33** | **L'esperienza dei gruppi psichiatrici.**
Marta Perini
- pag. **42** | **Dall'incontro di storie alla storia che incontra. La metafora nel gruppo SPDC.**
Tiziana Brancati
- pag. **50** | **Un contrappunto sistemico: la co-conduzione di gruppo SPOI di Parma.**
Serena Riboni, Andrea Torsello
- pag. **57** | **La formazione agli infermieri di SPOI e SPDC.**
Daniela Ferrari
- pag. **62** | **Storie nella storia: il viaggio raccontato dagli Argonauti.**
*Veronica Carpi; Doriana Demarco; Francesca Facchini;
Simone Lupini; Chiara Rainieri; Cristina Sabini; Serena Samaria;
Roberta Tarantino; Caterina Uberti; Dzenita Voltattorni Mujic*
- 

Sommario

Il monografico tratta della storia del progetto di sostegno psicologico all'interno del servizio psichiatrico di SPDC e SPOI di Parma, la sua evoluzione negli anni sia da un punto di vista progettuale sia da un punto di vista metodologico. Tratta inoltre della gestione e della organizzazione dell'équipe di psicologi afferenti al progetto e della relazione che hanno instaurato con gli altri operatori del servizio e della formazione agli operatori stessi. L'attenzione è posta al lavoro sui singoli pazienti e con i gruppi di pazienti, mettendo in luce alcuni aspetti tecnici che diventano anche esperienze relazionali, come l'uso della metafora e della co-conduzione. Infine il presente lavoro raccoglie alcune storie degli psicologi che hanno lavorato e costruito questo progetto.

Abstract

The authors deals with the history of the project within the SPDC and SPOI Parma psychiatric service, its evolution over the years from both planning and methodological point of view. It also deals with the management team and the organization of psychologists involved within the project and the relationship they have established with other service providers.

Parole Chiave

Consapevolezza, integrazione, cambiamento, differenze, narrazioni, formazione.

Key Words

Mindfulness, integration, change, differences, narrations, training.

Ringraziamenti

Il progetto Argonauti nasce nel 2012 per volontà del Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma, Dr. Pietro Pellegrini, affidandone la realizzazione al Dott. Antonio Restori e al suo gruppo di specializzandi psicologi del Centro Famiglie. L'intento era avviare percorsi di affiancamento, nell'area della Psicologia Clinica, alle attività del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, allora diretto (nel 2012) dal Dr. Franco Marzullo. Il progetto è attivo tutt'oggi grazie al sostegno della dirigenza del servizio, ovvero al primario di SPDC e SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo) Prof. Carlo Marchesi, alla Dr.ssa Ivonne Conforti, alla coordinatrice Infermieristica dell'SPDC, Sig.ra Nara Toledi, e alla coordinatrice Infermieristica dello SPOI, Sig.ra Monica Consigli. In questi quattro anni di attività molti sono gli specializzandi psicologi che hanno preso parte al progetto, coordinati da Daniela Ferrari, ai quali va un profondo ringraziamento per il rilevante contributo portato: Emanuele Arletti, Anna Beccari, Marco Bocchia, Tiziana Brancati, Sara Busi, Marco Camorali, Veronica Carpi, Chiara Castelli, Martina Catellani, Elisabetta Cavalca, Benedetta Colombari, Michela Dalmiani, Daniela De Luca, Doriana De Marco, Daniela De Martino, Manuela De Matteis, Sabina Deolmi, Francesca Facchini, Federico Filippi, Annalisa Florindo, Silvia Galletta, Veronica Gardoni, Giada Ghiretti, Federica Lato, Simone Lupini, Lamberto Maioli, Paola Mangia, Smeralda Minghetti, Manuela Mittica, Jessica Montali, Marco Moretti, Marina Morini, Roberta Mutti, Silvia Panella, Pamela Pettine, Marta Perini, Martina Provenzi, Serena Riboni, Chiara Rainieri, Cristina Sabini, Serena Samaria, Francesca Scuntaro, Roberta Tarantino, Monia Toscano, Andrea Torsello, Caterina Uberti, Dzenita Voltattorni Mujic.

Presentazione

Nel lungo percorso per migliorare la qualità delle attività che si svolgono nei servizi per la salute mentale che a partire dal dopoguerra hanno visto cambiamenti molto significativi, il lavoro di documentazione e di rendicontazione appare essenziale. Senza questo l'esperienza non diviene conoscenza, parole esprimibili e comunicabili, pertanto trasferibili alle future generazioni e patrimonio comune e duraturo. In questo quadro appare oggi assai lungimirante la scelta dell'assessore Mario Tommasini, di promuovere negli anni 60-70 alcune pubblicazioni, cito ad esempio "Che cos'è la psichiatria?" di Franco Basaglia, un libro uscito per la prima volta nel 1967 per l'Amministrazione Provinciale di Parma, e riedito da Einaudi nel 1973 e successivamente da Baldini e Castoldi. Un testo che ha documentato l'inizio di un appassionante dibattito sulla situazione psichiatrica italiana e sulla chiusura dei manicomi intesi come luogo di reclusione e di punizione, non terapeutici ed ha coinvolto via via un numero crescente di persone, sempre più attente al tema della salute mentale fino a creare un grande movimento tecnico, politico e culturale che ha portato all'approvazione della legge 180. Si è così fatta strada la consapevolezza dell'importanza della realtà politico-sociale e della matrice sociale della psichiatria mai riducibile ad una sola componente sia essa biologica, psicologica o sociale e al contempo della necessità di lavorare nella complessità, di abitare il conflitto, le contraddizioni, il dubbio e le incertezze. Esempi di come le pratiche quotidiane divengono conoscenza e teorie operative si hanno nel capitolo "Dibattito avvenuto nel corso dell'incontro tra la delegazione di infermieri e amministratori dell'O.P.P. di Colorno (Parma) e il personale sanitario, infermieri e degenti dell'O.P.P. di Gorizia il giorno 20 dicembre 1966. Il lavoro rende liberi? Commento a due assemblee di comunità dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia" di Antonio Slavich e Letizia Jervis Comba nel citato testo "Che cos'è la psichiatria?".

Un sapere che non nasce solo dal medico, dai luoghi della scienza e della cultura ma nell'operatività, dà voce alle persone, agli infermieri e ai degenti. Un sapere che vede in primo piano anche gli amministratori pubblici, la politica, oggi tante volte criticata, in difficoltà nel trovare/dare ascolto, costruire dialogo e sintonie.

Altre sono state le pubblicazioni e numerosi i documenti. Averli raccolti nell'archivio storico di Colorno rappresenta un'occasione non solo per non dimenticare ma anche per studiare e soprattutto continuare ad accompagnare il cambiamento.

Cito ancora "Se il barbone beve" di Giovanni Braidì e Bruno Fontanesi, il testo di Franca Ongaro Basaglia "Manicomio perché?", Emme edizioni, 1982 e i successivi "La Cronicità psichiatrica. Giornata di studio su dati ed esperienze dei Servizi Psichiatrici di Parma. 21 novembre 1987" presentato da Vincenzo Scalfari, "Le nuove strutture psichiatriche: problemi di setting" curato da Cesare Piccinini, Franco Giubilini et al., edito da Oppici nel 1992. Testi

che hanno accompagnato il programma di completa chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la crescita della psichiatria di/nella comunità. Un lungo percorso per nulla lineare, che ha cambiato in un intreccio costante e inestricabile, conoscenze, pratiche e organizzazioni in contesti sociali che sono nel tempo profondamente mutati.

In certi periodi il fare intenso non ha visto un'adeguata riflessione e documentazione: il prevalere del lavoro ha limitato lo spazio del pensiero e il senso è stato dato dall'esistere, dalla qualità delle convivenze e delle relazioni e di ciò per ora, resta solo una narrativa della quotidianità, esperienze individuali o di piccoli gruppi che non diviene storia condivisa e comunicabile. In questo modo la psichiatria procede per esperienze che fanno della vita delle organizzazioni una parte della vita delle persone che le abitano, le vivono e vi danno senso. Una prospettiva che implicitamente tende a contrastare la rinascita di ogni forma di istituzionalizzazione e di organizzazione che non sia pensata per le persone e proprio per questo va verbalizzata e deve divenire parole e pensiero critico che al contempo siano in grado di dare senso alle nuove esperienze -penso ai gruppi appartamento, alla domicilia-rità, alle famiglie, all'automutuoaiuto - e rendano trasmissibili non solo o non tanto i modelli organizzativi, quanto i valori, i riferimenti culturali e tecnico scientifici che sono alla base delle nuove esperienze e di altre possibili innovazioni, come ad esempio il Budget di Salute, per contrastare ogni spinta che tenda a segregare, emarginare o abbandonare le diversità. Cura, "patto sociale", inclusione, diritti- doveri sono parole che vanno ripensate e riempite di contenuti nuovi anche per affrontare vecchie e nuove contraddizioni, accentuate dalla multiculturalità, dalla crisi economica e sociale a fronte di scenari di senso politico-sociali non sempre condivisi.

Se il cambiamento è anche frutto di coraggio, una capacità di immaginare un futuro diverso, un segno di speranza, in ideale continuità con la legge 180, si è avuto nel 2015 quando si è realizzata la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari mettendo fine ad una storia iniziata nel 1876. Anche in questa occasione Parma e la sua provincia hanno fatto la loro parte. Questi ultimi passaggi, complessi difficili e controversi, sono stati documentati e accompagnati da convegni, dibattiti e pubblicazioni.

Vi sono altri contesti sensibili, nei quali i diritti, la libertà in primis, possono essere limitati: gli Istituti di pena, la Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Il lavoro per superare le contenzioni, creare un clima di libertà e nel complesso, una migliore qualità della cura in una progressiva integrazione fra ospedale e territorio, valorizzando il punto di vista degli utenti, il loro protagonismo, si sta sviluppando da diversi anni. Un progetto complesso dove il SPDC si trova a fronteggiare l'emergenza urgenza psichiatrica all'interno di una serie di cambiamenti sociali e familiari con un approccio tecnico e scientifico sempre attento agli aspetti etici e ai diritti.

Un quadro dove le contraddizioni divengono evidenti, dove la sofferenza sottolinea con una ineludibile forza quanto siano grandi i limiti del sistema di welfare ma al contempo come possa bastare un ascolto, un sorriso, una disponibilità umana a modificare le prospettive. Questa attenzione ai valori, al dettaglio nella relazione con l'altro è essenziale al fine di mantenere centrale, sempre, come componente tecnica essenziale, l'umanità. Può apparire

forse poco o banale, ma nelle istituzioni e nelle organizzazioni, tra regole ferree e leggi non si è forse sviluppata la “banalità del male”? Quel processo di profonda disumanizzazione che prima di tutto perde lo sguardo dell’altro, quell’incontro di sguardi che fa dell’essere persone a prescindere, la base del reciproco riconoscimento.

Mi fa piacere che questo insegnamento venga comunicato insieme a chi si sta formando al lavoro in ambito psicologico e psichiatrico e rappresenta un sicuro elemento di speranza per il futuro.

In questa linea si inserisce l’esperienza del gruppo degli Argonauti, realizzato nel SPDC e nei Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi di Parma, che stanno innovando il loro modello di intervento come verrà documentato attraverso altre iniziative. L’esperienza rappresentata in questa pubblicazione, per quanto parziale, appare significativa.

Il gruppo composto da psicologi psicoterapeuti dell’Ausl, affiancati da personale in formazione, è stato avviato quattro anni fa ed ha contribuito alla crescita di quel clima relazionale e umano di cui facevo cenno prima operando insieme ai medici psichiatri, agli infermieri, agli educatori e ringrazio tutti per l’impegno e la dedizione nello stare accanto a chi soffre. La raccolta degli scritti esperienziali inseriti nel testo può essere considerata un innovativo e costruttivo esempio di collaborazione tra clinica e formazione, in termini di circolarità di apprendimento tra teorie e pratica, attraverso l’utilizzo di linguaggi sensibili ai temi della complessità delle relazioni umane.

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Introduzione

di Antonio Restori¹

*“Alla tua salute, amore mio”
Del tutto ignari della nostra esistenza
voi navigate nei cieli aperti dei nostri limiti,
e delle nostre squallide ferite
voi fate un balsamo per le labbra di Dio.
Non vi è da parte nostra conoscenza degli angeli,
né gli angeli conosceranno mai il nostro martirio,
ma c'è una linea di infelicità come di un uragano
che separa noi dalla vostra siepe.
Voi entrate nell'uragano dell'universo
come coloro che si gettano nell'inferno
e trovano il tremolo sospiro di chi sta per morire
e di chi sta per nascere.
Alda Merini*

PAROLE IN VIAGGIO

La metafora del viaggio è spesso utilizzata per descrivere la nostra esistenza, fatta di tappe, incontri, passaggi, paure, scoperte... Viaggiare con i piedi per terra generalmente lo preferiamo all'acqua e all'aria, al fuoco. Ma in alcune circostanze emerge la sensazione di un naufragio, di un vuoto d'aria, di bruciarci col fuoco, che ci fa sentire incapaci di mantenere il controllo su noi stessi e di perderci nel viaggio, e di sentire la terra tremare sotto i piedi. La sofferenza mentale ci porta a sostare in queste dimensioni fluide e pericolose per la nostra vita e delle persone che ci stanno vicine. Nella sofferenza ci avviamo ottundendoci la mente, rimanendo imprigionati in modo incessante, appesi a un fievole anito di speranza. Spesso manca una parola, un gesto. Ma non una parola qualsiasi detta per confortare o un gesto per

rassicurare. Quello che serve è una parola mai detta, mai udita prima, un gesto nuovo, che apre, che libera; che permette una ripartenza, un nuovo inizio, una nuova nascita. Sono quel genere di parole che abbiamo ascoltato nel corso della nostra esistenza che ci hanno aiutato a pensare, a riflettere, permettendoci di cambiare posizione, di comprendere meglio la nostra posizione, di valorizzarla. Parole non agite dal buon senso, o da una visione del pensiero comune, ma capaci di rimettere in cammino, di riprendere il viaggio, con nuove posizioni della mente, del corpo, verso nuove rotte, con equipaggi cambiati.

Maneggiare con cura le parole non è semplice. La parola può farsi corpo, perché si deposita negli organi vitali e genera emozioni, battono in testa, stringono lo stomaco, fanno sobbalzare il cuore. Le parole di fatto

¹ Antonio Restori, direttore didattico IDIPSI, dirigente ASL psicologo-psicoterapeuta. E-mail arestori@ausl.pr.it

hanno enorme potere sia su chi le utilizza che su chi le riceve; non a caso anche se solo ascoltiamo diveniamo comunque partecipi e, il racconto dell'altro diviene anche nostro, emoziona lui e il suo Sé e noi con tutto il nostro essere, la nostra corporeità.

Le parole sono nel vento, sussurrano, ululano, tacciono, sono nel vortice di una danza tra le onde del mare e i fondali marini. Ma sono anche nelle braccia di un buon timoniere, che segue con cura una rotta mai conosciuta, poiché mai identica a se stessa.

ROTTE, MAPPE, APPRODI

Immaginando la relazione terapeutica come un incontro tra due o più naviganti che comunicano attorno alle rotte, alle mappe, in cerca di un approdo sicuro, familiare all'uno ma sconosciuto all'altro, come possiamo pensare di affiancarci nella navigazione. Potremmo studiare insieme il percorso; magari pensando di condizionarne la rotta, e addirittura il luogo di approdo; ma quell'approdo non potrà essere il luogo di chi si affianca a noi nella navigazione! Sarà il nostro approdo, non quello del nostro compagno di viaggio, ed essere consapevoli di ciò è di fondamentale importanza; riusciremo ad accorgerci che i nostri luoghi sicuri possono non essere gli stessi di chi affianchiamo, e scoprirne dei nuovi, dove imparare a sostare, conoscendo in modo autentico i luoghi dell'altro, le sue parole, le sue narrazioni, le sue rotte...

Navigare su rotte non nostre è sempre difficile; possiamo non sentirci a nostro agio, desiderando ripartire dalle nostre coordinate. Ma in questo modo costruiamo monologhi, rischiando di essere autoreferenziali, capaci di riconoscere solo i nostri luoghi, che continuiamo a credere sicuri, sostenuti dal paradigma della scienza forte, che non ammette

variazioni, e si propone come mappa che cura. La mappa che cura non è quella che abbiamo in testa noi, ma quella che costruiamo insieme alla persona con cui iniziamo un viaggio, iniziando a considerare da subito credibili le mappe proposte dall'altro. Certamente dovremmo diventare dei naviganti esperti se ci vogliamo permettere di affiancarci seguendo navigazioni non conosciute, specialmente se queste mappe ci appaiono pericolose, difficilmente sostenibili. Occorre chiederci cosa spinge una persona, una famiglia, a varcare i limiti della ragione, del senso comune, fino a sfidare a volte le leggi della Natura. Noi questa la chiamiamo generalmente follia. Ma chi di noi non ha mai cercato di varcare le Colonne d'Ercole, sfidando il non conosciuto, alla ricerca di ciò che per gli Argonauti era il Vello d'Oro, e che potrebbe rappresentare un maggior grado di libertà e benessere per la nostra vita.

Questa sfida è stata conosciuta da tutti noi, almeno una volta nella vita; ci siamo trovati soli, in mezzo al nulla, con nessuno che ci affiancasse; a volte siamo riusciti a tornare indietro, con un po' di fortuna, con l'aiuto di qualcuno; a volte abbiamo esitato, e siamo rimasti di fronte al nulla, imprigionati nel vuoto, ed abbiamo avuto bisogno di tempo per trovare il Vello, per poi accorgerci, spesso, che la libertà che stavamo cercando, era già dentro di noi, ma non riuscivamo a vederla, perché rigidamente fermi nei nostri paradigmi, nelle nostre premesse mentali, che ci hanno spinto a cercare con tracotanza oltre le Colonne d'Ercole.

GLI ARGONAUTI

Tutto è già stato scritto su questo viaggio, nel mito degli Argonauti.

Gli Argonauti furono un gruppo di cinquantadue famosi eroi greci che, sotto la guida

di Giasone, diedero vita ad una delle più note e affascinanti narrazioni della mitologia greca: l'avventuroso viaggio a bordo della nave Argo che li condusse nelle coste occidentali del Mediterraneo fino a giungere al limite estremo del mondo conosciuto, le Colonne d'Ercole (lo stretto di Gibilterra) e osare oltrepassarlo, alla conquista del Vello d'Oro. Questa ardita decisione è stata considerata dalla storia della letteratura classica un esempio di "ubris", tracotanza, sfida agli Dei dell'Olimpo, che gli esseri umani mai dovrebbero agire. Lasciare il mondo conosciuto per cercare altrove la risposta alle proprie sofferenze, è un azzardo pericoloso, un viaggio nell'ignoto, che avvicina alla follia. Cercare di capire, chiarire, ciò che non ci è consentito comprendere con la ragione, è un nostro legittimo desiderio, ma è molto difficile capire con la ragione ciò che non può essere compreso nella dimensione del pensiero lineare e logico. Gli Argonauti hanno sfidato la Natura, tentando di comprenderla attraverso il dominio della ragione e sono tornati con le ossa spezzate.

Questo è ciò che succede quando si cerca di comprendere la complessità della natura umana, utilizzando lo strumento della ragione, del buon senso, della logica, della ragion pratica. La complessità della vita, della sofferenza umana, va compresa con altre mappe: sono rotte non lineari, che seguono i linguaggi della metafora, del corpo, della Natura, appunto. Per cui è necessario sintonizzarsi con essa seguendo i suoi ritmi, la sua danza. Lo stile letterario della ragione è la prosa, quello della Natura è la poetica, e la mente è immanente in essa per cui non intellegibile con strumenti cognitivi, ma estetici, come la conoscenza abduittiva. Gli Argonauti siamo noi quando cerchiamo di comprendere con la logica la natura della

nostra sofferenza, ed entriamo nel dominio della ragione, nel mito del controllo, del potere, e mutuiamo concetti di forza, energia, causalità, adattandoli al dominio umano, commettendo un classico errore di tipo semantico.

Ed insistendo in questa cornice epistemologica di tipo lineare, cerchiamo di trovare soluzioni che possano spiegarci ciò che sta accadendo dentro e fuori di noi, aumentando il senso di confusione e sofferenza, arrivando a formulare ipotesi assurde, anti-estetiche, convincendoci di avere compreso la natura del nostro sentire e la realtà delle cose. A volte ci sembra possa funzionare, molte altre volte stressiamo il nostro processamento mentale credendo di aver compreso, e così perseveriamo nei nostri films mentali, che sono solo i nostri, pur credendo che possano essere un'esatta rappresentazione della Natura.

Il lavoro di chi si affaccia alla sofferenza dell'altro, dovrebbe tener conto dei rischi insiti in questa forma di conoscenza lineare, epistemologia del primato della causalità lineare, della ragione; sono rischi seri, perché possono contribuire ad incistare la sofferenza in quadri diagnostici connotati dalla stessa tracotanza (Ubrys) con cui gli Argonauti hanno cercato di mappare rotte marine sconosciute credendole reali; eppure già quasi cent'anni fa Korzybski, epistemologo russo, pronunciava la famosa sentenza, "la mappa non è il territorio", e la parola detta non è la cosa in sé. Credere reale ciò che mappiamo è come ritenere di poter controllare la Natura, modificandone le sue leggi; la sofferenza umana segue le leggi della complessità, della causalità circolare, ed evolve per salti discontinui, e noi, essendo parte di essa, possiamo solo provare a sintonizzarci. Ciò non significa non avere mappe, rinunciare

a costruire ipotesi interpretative; è un processo mentale naturale per l'uomo costruirsi idee sul mondo, organizzare classificazioni, tentare di fare ordine; ma la mappa che ci costruiamo della realtà è bene ricordarsi che è solo una nostra rappresentazione, ed innamorarci delle nostre ipotesi può portare ad errori epistemologici seri. La complessità non può essere classificata, ma compresa nella sua totalità.

E se la sofferenza ha a che fare con la complessità dei sistemi umani, dovremmo quindi cercare di conoscere le leggi che li governano.

Lo Psicologo in SPDC

In modo particolare, un esperto delle relazioni umane, psicologo, medico, infermiere, educatore, che cerca di entrare in contatto con la profonda condizione di sofferenza di chi ha cercato di sfidare le Colonne d'Ercole, ed ha dovuto soccombere all'ira degli Dei, uscendone con le ossa spezzate, dovrebbe sviluppare una particolare sensibilità estetica per comprendere la complessità di ciò che accade in questo incontro. Se l'operatore si pone rigidamente di fronte allo stato di sofferenza della creatura imponendo le sue mappe, le sue lenti, per la comprensione della natura dell'inquietudine e del devasto esibito, insisterà nell'imporre le sue rotte salvifiche, con il solo vantaggio di essersi rinforzato nella sua visione di una realtà ordinata "pro domo sua", alla ricerca di conferme delle sue coordinate esistenziali. I servizi di Salute Mentale, sono pieni di persone che vi operano implicitamente per questo scopo: confermare, ribadire, rasserenare i turbamenti e le inquietudini della propria esistenza attraverso l'incontro con la sofferenza dell'altro, e in questo non vi è nulla di male; del resto si sa che chi si iscri-

ve a psicologia, o a qualsiasi altra disciplina che ha a che fare con le relazioni di aiuto, va alla ricerca della vera natura della sofferenza umana, a partire dalla propria. Il problema nasce quando in questa ricerca si cercano conferme, piuttosto che accogliere mappe differenti e permettersi di essere un po' irriverenti con i propri sistemi di premesse.

I contributi che presentiamo in questo lavoro raccontano le esperienze di un gruppo di psicologi naviganti che propongono ad una flotta di marinai un modo differente di solcare i mari della sofferenza, nel rispetto delle loro mappe che storicamente hanno utilizzato per salvare gli Argonauti dalla rovina. Questo gruppo ha seguito i movimenti della flotta con molta attenzione. Ha seguito le sue regole, la sua organizzazione in modo riverente, pur possedendo un proprio modello epistemologico, molto differente da quello della flotta, una sorta di meta-modello, capace di adattarsi a contesti governati dal pensiero lineare, causale, e dal rigore scientifico. E lentamente, con pazienza questi naviganti hanno inserito nuovi gesti, nuove parole, forse mai udite prima, che stanno facendo riflettere la flotta degli operatori, e, di conseguenza, il loro agire sugli Argonauti feriti. E' una navigazione prudente, in sicurezza, e rispettosa; è necessario tempo per poter arrivare a condividere bene nuove mappe, ma col tempo, aspettando il vento giusto, si possono trovare buone sintonizzazioni. Uno degli obiettivi fondamentali di questa esperienza è il lavoro sulla flotta dei marinai operatori; sono loro ad essere in contatto ogni giorno con la sofferenza; affiancandoli nella navigazione con mappe e rotte nuove, insieme si rende possibile una nuova modalità di entrare in contatto con la complessa esperienza della sofferenza mentale.

La storia del progetto Argonauti

Daniela Ferrari²

*<Mi lascia esterrefatto vedere tanta vita e bellezza
nei pazienti a fronte del mondo morto
e brutto in cui abitano>.
J. Hillman "Anima Mundi"*

1 L'équipe di Argonauti: storia del gruppo, organizzazione interna e formazione.

L'inizio del viaggio

Il gruppo di lavoro del progetto Argonauti, insieme agli operatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, e successivamente dello SPOI, ha come obiettivo quello di offrire un sostegno alla ricerca di una riattribuzione di senso e di significato rispetto alla sofferenza delle persone che "transitano" nelle strutture sanitarie. Questo sostegno ha però una duplice valenza, in quanto coinvolge sia i pazienti ricoverati in SPDC e SPOI, sia gli operatori che si occupano di loro. Dare una collocazione storica e relazionale alla crisi permette non solo all'individuo di orientarsi temporalmente e spazialmente nella sua storia di vita, ma consente anche agli operatori di leggere i bisogni della persona dentro una cornice che allarga la prospettiva: non è più solo il paziente ma è il paziente-in relazione con le figure per lui significative ad essere preso in carico. L'idea è quella di pensare a una "cura" non più unicamente per il singolo, ma piuttosto per il suo contesto-famiglia, in modo da ottimizzare e incrementare quegli aspetti di resilienza funzionali ad un aumento del benessere e ad una riduzione delle ricadute.

Ottimizzare il lavoro psichiatrico è qui visto dentro una prospettiva di ampliamento della rete di collaborazione tra diverse figure professionali (infermieri-medici-psicologi) e tra i vari servizi territoriali a cui il paziente può fare riferimento. Costruire connessioni più rapide e mirate potrebbe permettere di andare ad agire in modo significativo soprattutto su quelle situazioni non ancora cronicizzate che vivono una esperienza di ricovero. Il macro obiettivo del progetto è quello di ripensare al paziente come parte del suo contesto familiare-relazionale durante il suo ricovero, ampliando così il numero delle informazioni raccolte, utilizzabili soprattutto per progettare mirati percorsi trattamentali alle dimissioni. Un altro obiettivo non dichiarato ma presente nella mente dell'équipe è quello della cura del contesto inteso come insieme delle culture e degli spazi fisici che lo abitano. Hillman in Anima Mundi del 1982 ci richiama alla necessità di riportare attenzione al mondo, uscendo quindi dalla dicotomia, che da sempre la psicologia costruisce, tra soggettivo/interno e oggettivo/esterno. L'autore ci richiama alla necessità di ri/dare anima al mondo con lo scopo di offrire prima di tutto una risposta estetica alla sofferenza: avere in testa il mondo che ci circonda è

²Daniela Ferrari, coordinatrice progetto Argonauti, allieva didatta IDIPSI. E-mail: ilteoremadimichele@gmail.com

la chiave di volta che può trasformare l'istituzione intesa come Servizio che cura, in un terapeuta che ha per paziente il proprio mondo, e quindi le persone che lo popolano, compreso se stesso. Infatti i contesti, in cui maturano diagnosi e modelli relazionali, vengono sostenuti da spazi fisici, da beni mobili e immobili in cui si inserisce una cultura piuttosto che un'altra, la quale a volte può essere iatrogena. Per questo nel tempo il progetto ha assunto diverse forme, sperimentato nuove procedure e modelli di intervento tutti con il fine di creare un collante tra la parte più prettamente psicologica e quella medico-infermieristica presente in struttura.

L'organizzazione delle attività

Inizialmente quindi il progetto prevedeva l'attivazione di due mezze giornate a settimana, solamente in SPDC, per svolgere colloqui per lo più individuali (lunedì dalle 14 alle 18, il mercoledì dalle 9 alle 13). Oltre al responsabile del Centro Famiglie erano presenti sempre due/tre psicologi per svolgere tre/quattro colloqui per ogni mezza giornata. I colloqui, ognuno dei quali di circa 45 minuti, venivano, e vengono tutt'ora, svolti presso la biblioteca del Servizio, quando i pazienti non sono in regime di T.S.O. In aggiunta al verbale di ogni seduta, veniva prodotto un riassunto breve da allegare in cartella ad uso del personale medico e infermieristico. I pazienti a cui offrire un colloquio psicologico da sempre sono concertati con l'équipe medica durante le consegne, secondo le indicazioni del progetto, ovvero i primi accessi, le acuzie, i pazienti inseriti in nuclei familiari con elevata emotività espressa, i pazienti con reti familiari ed extra familiari potenzialmente attivabili e la non presenza di cronicità clinica. Viste le caratteristiche intrinseche del Servizio, e quindi della permanenza breve in reparto, l'équipe calcolava di attivare per

ogni paziente partecipante al progetto un massimo di 3 colloqui, al termine dei quali veniva redatto un report da allegare in cartella insieme al genogramma delle sue relazioni significative.

Dopo alcuni mesi si sono presentate le prime criticità, legate soprattutto alla presenza discontinua dei membri dell'équipe psicologica presso il reparto; essendo un gruppo di 8 specializzandi di fatto si era presenti una volta ogni dieci giorni e questo era un aspetto che rendeva difficile il lavoro, sia per gli specializzandi che non avevano mai modo di fare un secondo colloquio con lo stesso paziente, sia per i medici e gli infermieri, che faticavano a ricordare facce e ruoli, avvertendo un forte senso di discontinuità e sfilacciamento. Per questo motivo si è poi deciso di aggiungere una terza mezza giornata (inizialmente il venerdì che poi si è trasformato nel giovedì pomeriggio).

Un altro problema che gli Argonauti hanno da subito riscontrato era legato alla relazione con gli operatori, soprattutto con la parte infermieristica. Inizialmente infatti uno degli obiettivi del progetto era quello di far partecipare al colloquio almeno un infermiere, quello di riferimento per il paziente. Questo ci è stato subito rimandato come difficilmente praticabile, per le esigenze del reparto stesso, proprio perché una unità infermieristica avrebbe dovuto staccarsi e venire in biblioteca, che è posizionata davanti alla stanza della caposala, fuori dal reparto dei degenti. Il rischio era che si creasse un alone di diffidenza verso il gruppo di psicologi e che fosse percepita una sensazione di appesantimento del carico di lavoro da parte loro. Avendo compreso questo gli Argonauti hanno immediatamente rivisto la loro modalità operativa, chiedendo di avere una copia delle chiavi di accesso in reparto, per essere autonomi e lasciando in sospeso inizialmente la presenza degli infermieri al colloquio. Inoltre si è resa prassi la no-

stra partecipazione alle loro consegne così come la restituzione degli aspetti emersi nei colloqui svolti. Questi cambiamenti hanno portato sostanziali modifiche nella relazione tra gli infermieri e gli Argonauti, in un lento ma fruttuoso processo di addomesticamento reciproco. Rispetto alla conduzione del colloquio psicologico invece le linee guida sono rimaste pressoché invariate, ovvero si procede anche oggi ricostruendo la storia familiare del paziente, concentrandosi principalmente sulla famiglia di origine e sulle sue figure di attaccamento. Un altro aspetto di attenzione nei colloqui è legato alla storia che il paziente costruisce all'interno del Servizio, in particolare la sua elaborazione del ricovero legata anche al significato che assume il passaggio in SPDC. Le risorse che potenzialmente possono essere attivate attorno al paziente rappresentano la terza tematica generale affrontata nei colloqui: le risorse presenti, le attivabili e le mancanti, al fine di comporre un'ipotesi di progetto in accordo non solo con i Servizi, ma anche con il paziente stesso. Nel corso del tempo inoltre è avvenuto un cambiamento riguardante la modulistica compilata dall'équipe. Il verbale dell'incontro, il riassunto breve e il report finale sono stati abbandonati al fine di presentare una più snella e appropriata griglia informativa da lasciare in guardiola agli infermieri in modo che potesse essere letta durante il briefing della mattina che si svolge con medici e infermieri. Questa griglia, compilata al termine di ogni colloquio, viene poi allegata alla cartella clinica insieme al genogramma, strumento di sintesi della biografia del paziente.

Da marzo 2014 il mercoledì mattina, su richiesta della caposala e del responsabile del reparto, sono stati attivati gruppi di mutuo-aiuto in SPDC, condotti alternativamente da due colleghi del gruppo "Argonauti", attività storicamente affidata agli infermieri i quali, da alcuni anni, portavano

avanti un modello di tipo cognitivo-comportamentale (di seconda generazione) su cui avevano fatto una formazione specifica. Il gruppo dura circa 45 minuti e viene svolto nella sala tv; ai gruppi è presente occasionalmente un infermiere che co-conduce il gruppo insieme allo psicologo e un medico specializzando. Gli specializzandi del Centro Famiglie, avendo una formazione prevalentemente di matrice sistemica, si sono trovati di fronte a una sfida (Gardoni, 2014), ovvero se mantenere il protocollo cognitivo comportamentale, se portarne uno nuovo, sistemico, in modo radicale, oppure se procedere a una contaminazione esteticamente connessa alla realtà ospitante e alla sua storia. L'idea era quella di condurre gli operatori del reparto verso un differente modello epistemologico, senza rinunciare al precedente, ma trovando con esso punti di contatto in grado di ampliare le possibilità di scelta (von Foerster, 1987) negli operatori stessi, prima che nei pazienti. Questo processo è stato ben compiuto dall'équipe che lentamente sta introducendo alcune modifiche nella gestione del gruppo (per l'analisi di questi aspetti si rimanda all'articolo della Dott.ssa Perini sui gruppi n.d.r.), quali l'ampliamento delle tematiche possibili all'interno del gruppo (prima infatti il protocollo prevedeva una ristretta gamma di tematiche possibili) o l'uso strutturato delle metafore. Successivamente, vista l'importanza del gruppo nel reparto, anche il lunedì pomeriggio è diventato un giorno non più dedicato ai colloqui individuali ma allo svolgimento del gruppo.

Un ulteriore cambiamento avvenuto nel progetto è stato l'introduzione dei gruppi in Day-Hospital e SPOI nel giugno del 2014; questi gruppi aperti (che includevano pazienti afferenti dalla Clinica Psichiatrica ospedaliera, dal Day Hospital e dal territorio tramite invio di psicologi e psichiatri appartenenti ai Servizi di salute Mentale)

sono stati sviluppati a partire dalla matrice epistemologica sistemica integrata.

L'ultimo grande cambiamento è stato l'introduzione di colloqui mirati con le famiglie dei degenti. Si è infatti sentita la necessità di coinvolgere maggiormente le famiglie che possono essere attivate in virtuosi progetti post dimissioni, o che presentano criticità tali da dover essere rielaborate proprio per rendere probabili progetti di recupero socio-affettivi. Questi colloqui avvengono su segnalazione dell'équipe medica e da questa segnalazione si organizza un incontro con la famiglia, due psicologi di Argonauti (tra cui il responsabile) e lo psichiatra di riferimento in reparto.

L'equipaggio

L'équipe di psicologi operativi presso SPDC e SPOI è costituita dal responsabile dirigente psicologo Dott. Restori, dalla coordinatrice Dott.ssa Ferrari e da un gruppo di psicologi specializzandi, che svolgono il loro tirocinio, che va da 5 a 8. Il periodo di tirocinio varia da sei mesi a un anno, quindi di fatto il gruppo cambia costantemente e l'inserimento dei nuovi membri è graduale per permettere un periodo di affiancamento di almeno due mesi. L'unica eccezione è stata fatta per la conduzione del gruppo in SPOI: proprio perché era una parte progettuale nuova completamente da strutturare, si è deciso di dare una stabilità alla conduzione, che per due anni è stata gestita dallo specializzando Dott. Torsello. Questo turnover non ha facilitato di certo l'inserimento degli psicologi nel contesto, ma dall'altra parte era una condizione indispensabile in quanto il tirocinio di specialità prevede l'inserimento in più aree cliniche. Si è tentato di risolvere questo problema dando almeno una costanza nel giorno di presenza durante la settimana, creando delle "squadre di coppie". I turni infatti sono sempre composti da due specializzandi, rispettando le

premesse della co-conduzione sistemica. L'epistemologia di riferimento è di orientamento prevalentemente sistemico integrato (provenienti cioè dall'istituto IDIPSI) (Restori, Moroni, Sbattella, 2012), ma diverse sono le scuole di specializzazione di provenienza: IS CRA, EIST, HUMANITAS, AETOS, ETNOPSIS. Questa molteplicità di visione di certo non è un deficit del progetto ma piuttosto un arricchimento, proprio perché la macro cornice teorica su cui è imposta l'attività è quella sistemica integrata, ossia di un atteggiamento etico-estetico non verso le pratiche ma verso i processi, dove, per dirla alla Bateson, "la mappa non è il territorio" (Bateson, 1976). L'attenzione quindi non si basa sulle capacità di applicazione delle tecniche ma sul livello di consapevolezza agita nella relazione terapeutica (Restori, 2011). L'integrazione di tecniche e punti di vista quindi non spaventa perché lo scopo non è usare la procedura giusta ma piuttosto accrescere la sensibilità estetica all'interno della relazione, nell'idea che <il terapeuta non sia l'agente del cambiamento della famiglia (o dell'individuo n.d.r.), ma che svolga invece una funzione molto più limitata: quella di restituire alla famiglia (o all'individuo n.d.r.), la possibilità di fare le sue scelte, tra le quali c'è anche quella di cambiare e/o preservare dal cambiamento le sue stesse modalità interattive> (Loriedo, 2008; pag.9). Mensilmente viene svolta una équipe interna di raccordo delle varie attività, per vagliare l'andamento del progetto, accogliere dubbi sia dell'équipe verso il contesto ospitante che viceversa. Nel corso del tempo i gruppi di terapeuti che si sono susseguiti hanno presentato diversi atteggiamenti e attitudini verso un contesto così complesso, manifestando l'esigenza di attivare una intervizione maggiormente strutturata che potesse svolgere anche funzione formativa. Le équipes mensili infatti, che da sempre si svolgono, non riuscivano

a rispondere pienamente alle richieste di sostegno degli specializzandi, soprattutto dopo l'introduzione del lavoro con i gruppi.

Esperienze di formazione

Per questo si è deciso di avviare tre giornate formative ogni settembre della durata di due ore ciascuna. Durante la prima esperienza (settembre 2015) si è deciso di procedere alla simulazione di due gruppi, uno in SPDC e uno in SPOI, per poi discutere insieme sugli aspetti emersi, tra i quali c'erano le premesse e i pregiudizi (Cecchin, 1997) del conduttore ma anche dei pazienti simulati. Ovviamente sono affiorate differenze significative nello stile di conduzione, un po' per le epistemologie di provenienza un po' perché ancora IDIPSI sta cercando di strutturare un modello di conduzione dei gruppi che possa essere trasmesso da uno specializzando all'altro. Un aspetto tecnico-clinico proposto è stato l'uso delle metafore al fine di fare riverberare emozioni e riflessioni nel gruppo, allontanandosi maggiormente da un atteggiamento psicoeducativo. L'attenzione del responsabile e della coordinatrice in queste giornate formative è stata rivolta anche verso il clima del gruppo in formazione e la fiducia e il sostegno percepito all'interno del gruppo stesso. Questa percezione è stata tanto più complessa quando, nei primi anni (2012-2014), il lavoro degli specializzandi era affiancato dai tirocinanti psicologi post laurea del Centro Famiglie. I tirocinanti, oltre a svolgere il loro tirocinio, avevano il compito di verbalizzare la seduta, offrendo tracce molto ricche e complete su cui gli specializzandi potevano compilare poi il report dei colloqui svolti con il paziente. La presenza dei tirocinanti, e quindi di un occhio esterno, ha in alcune occasioni portato a malumori nel gruppo

degli Argonauti, per questo si era reso indispensabile fare delle équipe mirate all'esperienza personale all'interno del gruppo. Nel 2016 invece le giornate formative si sono costruite principalmente attorno alla metafora del labirinto, inteso come rizoma, dubbio, errore come unica via del sapere e come alternanza tra ordine e disordine (Fanelli, 1997). Il labirinto rappresenta, per le premesse epistemologiche che sostengono il progetto Argonauti, un'utilissima metafora per spiegare la relazione tra psicologo-paziente-istituzione-psicologo e quindi l'agire terapeutico. Anche la metafora del rizoma può essere utile per spiegare la relazione terapeutica, ed è stata ben approfondita dai didatti dell'istituto IDIPSI³; così anche il labirinto può esserne un esempio: secondo la visione di Umberto Eco, "il labirinto rappresenta una rete infinita in cui non esiste più un interno o un esterno", come nel rapporto terapeutico (Fanelli, 1997). Partendo da tali suggestioni e premesse si è pensato di far diventare questo momento formativo una esperienza pratica, tradotta cioè in un pomeriggio presso il Labirinto della Masone a Fontanellato (PR). Il gruppo si è diviso così a coppie e ogni coppia ha cercato di risolvere il labirinto. Tutte le squadre avevano poi il compito di ragionare su alcuni aspetti dell'esperienza: l'importanza o i limiti di essere in coppia, la paura di non risolvere il labirinto, il senso di smarrimento, le sensazioni provate nel dover trovare nuovi punti di riferimento, l'esigenza o meno di una mappa. In un secondo momento si sono condivise nel gruppo allargato le riflessioni emerse, collegando l'esperienza del labirinto all'incontro della sofferenza nella manifestazione acuta. Tre aspetti sono stati sottolineati: primo, l'incertezza come occasione in cui sostare per trovare soluzioni creative;

³Sbattella, residenziale IDIPSI giugno 2013.

secondo, la capacità dell'individuo di auto-determinarsi sempre e comunque, perché anche quando vi è la sensazione di staticità è possibile promuovere il cambiamento⁴; infine, per ultimo, l'errore come dimensione non problematica del proprio agire terapeutico ma piuttosto come esperienza umana con cui confrontarsi e anche a volte come via per trovare un nuovo equilibrio⁵. Il labirinto inteso come relazione terapeutica sembra così essere una metafora che si pone a metà strada tra la teoria classica della relatività e la teoria della meccanica quantistica, ovvero la natura delle relazioni terapeutiche si esplica all'interno di "leggi precise, univoche e inderogabili" (Rovelli, 2014, p.27): è solo guardando dall'alto il labirinto che si vede la sua geometria, il suo ordine, come fosse un Mandala, mentre per risolverlo, o ancor meglio comprenderlo, c'è bisogno di fare amicizia con il disordine, con il caos, con l'incertezza, condizioni vitali in cui i pazienti che accedono ai servizi psichiatrici sono piuttosto abituati a sostare; per cui a volte affiancarsi a loro senza porsi da guida diventa il vero cambio di paradigma proposto dal progetto, e l'unica via d'uscita (su questo si veda anche tutto il lavoro di Seikkula e coll. sull'Open Dialogue).

2 La relazione con gli operatori

L'incontro degli Argonauti con il Servizio e con gli operatori non è stato facile (come anticipato nella prima parte di questo articolo). Questo per diversi motivi, legati in parte alla cultura dell'organizzazione e in parte dovuti al nostro approccio al Servizio. La domanda di un lavoro psicologico è stata percepita, prima di tutto, come una scelta calata dall'alto, che non andava a rispondere ad aspetti considerati più urgenti, questo nonostante sia oramai chiaro che siamo <di fronte a una nuova utenza psichiatrica, che sempre più necessita di una analisi puntuale della domanda (Carli e Panniccia, 2011) ed una elaborazione di risposte, che vedano i pazienti e i loro familiari coinvolti in prima persona nella costruzione dei percorsi terapeutici e riabilitativi> (Saddi, 2016, pag 44)⁶. Prendendo spunto da considerazioni proposte da Fruggeri (2002), l'équipe di Argonauti, nei suoi primissimi mesi ha mancato più sulla dimensione relazionale che su quella strategica, ovvero rispettando scopi e obiettivi del rapporto lavorativo ma con una scarsa co-costruzione del rapporto, non tanto con la dirigenza quanto piuttosto con gli operatori, soprattutto quelli del comparto infermieristico. Fortunatamente però l'équipe ha mostrato

⁴<Si tratta dunque di due approcci geografici ben diversi: la geografia normale presuppone che il futuro sia determinato da ciò che ora esiste (...) la geografia di ciò che muta – cioè la geografia del locale – presuppone invece che esistano processi spontanei di auto-organizzazione, che l'ordine nasca dal disordine, e che le trasformazioni più importanti non siano prevedibili. Essa ha quindi le sue basi nella complessità e nella varietà - e appunto i sistemi reticolari accentrati si presentano tali - e fa propria la teoria delle concezioni sistemiche più avanzate che palesano come nei fenomeni ecologici e sociali - ovvero nel senso più ampio gli ecosistemi - la soglia critica dell'instabilità, conseguente all'insorgere e all'amplificarsi di effetti innovatori e perturbatori, è sempre molto elevata, e che la capacità di integrazione è tanto maggiore quanto maggiore è la complessità del sistema. Conseguentemente, l'esigenza di ridurre la complessità non è del sistema - che mostra anzi tendenze contrarie - ma di certe strutture di potere - che controllano il sapere della geografia "normale" - e che non sono disposte a prendere coscienza dei mutamenti stessi del sistema e cercano di frenarne lo sviluppo.> (Fanelli, 1997, p. 173)

⁵<Il labirinto di siepi, collocato nella, e composto dalla, Natura - e ancor più se in forma di irrgarten: l'errore come (unica?) via del sapere - è il luogo geografico che esemplifica il processo di conoscenza - creazione per l'uomo itinerante del proprio ordine interiore nei confronti del disordine esteriore, e, nel contempo, è anche la proiezione, talora caotica ma pur sempre razionale e sequenziale, della pulsione al progredire - derivante talora dal caso (caos) - che connota l'esperienza dell'essere umano> (Fanelli, 1997, p. 144).

⁶<Se la "follia" sembra oggi avere una serie di potenti strumenti per essere gestita attraverso l'efficacia degli psicofarmaci (...), sempre più va diffondendosi (o probabilmente sempre meglio siamo in grado di registrarlo) un disagio meno esplosivo della schizofrenia, ma più subdolo e forse rilevante anche numericamente. Un disagio che potremmo definire "sofferenza" psichica, il cui ingrediente chiave è rappresentato dall'isolamento sociale, dall'esiguità di relazioni significative e dall'estraneità a forme di appartenenze collettive (...)>. (Saddi, 2016, pag 44)

nel tempo un discreto livello di flessibilità e consapevolezza (Telfener, 2011), <la consapevolezza che questi due livelli (relazionale e strategico n.d.r.) sono arbitrariamente selezionati dall'osservatore e che la realtà non è ontologicamente così suddivisa ma potrebbe venir descritta in altri modi possibili> (pag. 30). Questo livello (di consapevolezza) ha permesso al gruppo di non arrendersi su modalità strategiche poco utili, o ancora peggio, di valutare il comportamento "dell'altro" scorretto e da modificare. Si è proceduto quindi a rivedere le premesse interne all'équipe e la domanda con cui eravamo stati chiamati dalla dirigenza, rileggendola secondo le premesse del contesto e secondo le premesse di tutti i partecipanti, ovvero svolgendo l'intervento clinico secondo modalità di sviluppo evolutivo e non ortopediche (Telfener, 2011). Si è così deciso a fine maggio 2013 di proporre al reparto un questionario anonimo e volontario per medici, infermieri e O.S.S. del Diagnosi e Cura (perché ancora nel 2013 gli psicologi erano presenti solo lì) circa la percezione del progetto "Argonauti". Il questionario è stato pensato per avere una conoscenza chiara di come l'équipe veniva percepita, in

modo da poter integrare i differenti punti di vista e, soprattutto, per avere anche spunti e idee spendibili nell'immediato per migliorare la relazione e l'integrazione dei differenti Servizi. I questionari raccolti sono stati 12 su un totale di 30 operatori tra medici e infermieri. Il questionario su scala Likert chiedeva, oltre i vari aspetti, la percezione dell'aumento del carico di lavoro per medici e infermieri. Le risposte evidenziavano la percezione che "Argonauti" abbia contribuito ad accrescere il carico di lavoro soprattutto per gli infermieri. La sensazione generale a suo tempo fu che il progetto non fosse ancora stato assimilato tra le trame della tela del reparto, e questo anche per l'atteggiamento, da parte dell'équipe di psicologi, non pienamente in linea con i metodi organizzativi e clinici del Diagnosi, tanto che la percezione che ne emerge da parte degli operatori è di un gruppo autoreferenziale e poco integrato. Dalle poche risposte alle domande aperte che chiudono il questionario ("Secondo lei per cosa può essere utile questo progetto? Quali possono essere i punti di forza? quali sono i punti deboli?") emergeva proprio questa richiesta da parte degli operatori, ovvero che l'équipe

DOMANDE	Per nulla d'accordo	Poco d'accordo	Molto d'accordo	Pienamente d'accordo
Il progetto è utile per i pazienti	1	3	4	3
Il progetto ha ricadute positive su medici infermieri e pazienti	3	3	5	0
Il progetto aumenta il carico di lavoro per medici	3	2	1	1
Il progetto aumenta il carico di lavoro per infermieri	0	1	7	2
Il progetto ha facilitato una riduzione delle situazioni problematiche all'interno del reparto	4	3	3	1
Il progetto può favorire la promozione del benessere all'interno del reparto	3	2	4	2
È utile continuare il progetto nei prossimi mesi	4	1	4	2

Tabella 2. Risultati questionario: i valori espressi corrispondono al numero delle risposte.

Argonauti si integrasse di più con le attività di reparto, anche al fine di conoscere maggiormente la storia pregressa del paziente. La rilettura della domanda e le conseguenti azioni svolte per rispondere ad essa hanno portato a una modalità operativa finalmente co-costruita, in grado di far partecipare sinergicamente l'attività psicologica a quella psichiatrica ospedaliera. Visti i cambiamen-

ti strutturali portati al progetto si è pensato di ripetere il questionario nel gennaio del 2017, per avere un confronto con le valutazioni del 2013 e anche per avere un riscontro su quale fosse oggi la percezione del nostro lavoro. Si è così deciso di risomministrare, in modo volontario e anonimo, lo stesso questionario, non solo in SPDC ma anche in SPOI, in quanto ora il servizio co-

DOMANDE	Per nulla d'accordo	Poco d'accordo	Molto d'accordo	Pienamente d'accordo
Il progetto è utile per i pazienti	0	3	5	16
Il progetto ha ricadute positive su medici infermieri e pazienti	1	2	7	13
Il progetto aumenta il carico di lavoro per medici	19	3	0	0
Il progetto aumenta il carico di lavoro per infermieri	19	4	0	0
Il progetto ha facilitato una riduzione delle situazioni problematiche all'interno del reparto	1	1	14	7
Il progetto può favorire la promozione del benessere all'interno del reparto	1	1	6	15
È utile continuare il progetto nei prossimi mesi	1	1	5	18

Tabella 2. Risultati questionario: i valori espressi corrispondono al numero delle risposte.

pre l'intero padiglione. I questionari raccolti sono 23, tra medici, infermieri e O.S.S. (su un totale di 42).

Appare evidente come la prospettiva sia cambiata: Argonauti non è più un peso aggiuntivo ma viene percepito come una risorsa, tant'è che nelle poche risposte alle domande aperte emerge una richiesta di maggiore continuità, sia in termini di presenza oraria, quindi un progetto in grado di svilupparsi nell'arco di tutta la settimana, sia in termini di meno turnover degli specializzandi (ma queste sono nostre inferenze perché gli operatori non hanno specificato). Dal nostro punto di vista, nonostante l'incoraggiamento dei risultati di questo questionario, rimane un vuoto da colmare importante, che riguarda però la relazione

con il territorio. Uno degli obiettivi iniziali, e anche della domanda iniziale, era quella di costruire informazioni aggiuntive che potessero creare un ulteriore ponte tra ospedale SPDC e territorio, con lo scopo di strutturare sempre più progetti riabilitativi in grado di connettere i vari attori della relazione di aiuto (paziente, famiglia, istituzioni, società). Il report finale compilato nei primi anni aveva proprio questo scopo, ossia di rimandare alla psichiatria del territorio le informazioni recuperate in sede di colloquio, routine che nel tempo si è interrotta. Questo aspetto non è quindi ancora stato risolto secondo le premesse e le speranze iniziali, perché prima di tutto c'era da accogliere uno spazio interno, un "dentro ospedale" prima che proiettarsi in un "fuori ospedale",

secondariamente perché questo richiederebbe un cambio di premesse istituzionali e una co-costruzione tra le varie istituzioni interagenti che può avvenire solo a piccoli passi. Rimane dunque questo uno degli obiettivi futuri del progetto Argonauti, oltre a una sua sempre costante evoluzione verso la contaminazione della cultura psicologica in ambito psichiatrico.

Bibliografia

- Bateson G. (1976). Verso un'ecologia della mente. Adelphi: Milano.
- Cecchin G., Lane G., Ray W. A. (1997). Verità e pregiudizi. Raffaello Cortina: Milano.
- Fanelli M.C. (1997). Labirinti. Il Cerchio: Rimini.
- Fruggeri L. (2002). Different levels of analysis in the supervisory process. In Campbell, D., Mason B. (a cura di), Perspectives on Supervision. (pp 3-20). Karnac Book, London.
- Gardoni V. (2014). La terapia di gruppo in SPDC: verso un'integrazione fra il modello sistemico e il modello cognitivo - comportamentale. Cambia-menti. 1, 17-3.
- Hillman J. (2002). L'anima del mondo e il pensiero del cuore. Adelphi: Milano.
- Loredio C. (2008). Come sopravvivere alla terapia familiare: l'integrità del terapeuta. Rivista di psicoterapia relazionale 24, 5-20.
- Moroni M., Restori A. Sbattella, F. (2012). Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio. Cambia-menti 1, 7-15.
- Restori A. (2011). Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza. Cambia-menti. 3, 5-12.
- Rovelli C. (2014). Sette brevi lezioni di fisica. Adelphi: Milano.
- Saddi A. (2016). Psicoterapia sistemico-relazionale di gruppo in un servizio di salute mentale. Rivista di Psicoterapia Relazionale. 43, 41-57.
- von Foerster H. (1982). Observing Systems. Intersystems Publications: Seaside [trad. It. (1987) Sistemi che osservano. Astrolabio: Roma].

Il colloquio psicologico individuale nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Attività, metodi e obiettivi di intervento sistemico

Marco Bocchia, Roberta Mutti⁷

Svolgimento dei colloqui individuali all'interno del contesto dell'SPDC

L'attività dedicata ai colloqui si svolge il giovedì pomeriggio a partire dalle ore 14.00; i primi 30 minuti sono generalmente dedicati all'ascolto della "consegna" dei medici in occasione del "cambio turno" e in tale momento si acquisiscono informazioni sui degenti. Successivamente i medici individuano alcuni utenti (in genere 2/3) con i quali effettuare il colloquio psicologico.

Negli anni vi sono state alcune modificazioni rispetto al progetto iniziale. Primo fra tutti la scelta degli utenti candidati ad effettuare il colloquio psicologico; a differenza di quanto previsto nei criteri di invio del progetto iniziale (...non presenza di cronicità clinica), gli utenti inviati sono prevalentemente caratterizzati da un quadro clinico di cronicità, probabilmente condizionale alla tipologia di utenza che afferisce al servizio. Un'altra differenza riguarda il numero di colloqui offerti. Seppure il progetto preveda l'opportunità di poter realizzare fino a tre colloqui per ogni utente, ad oggi si effettua nella maggior parte dei casi un solo colloquio, mentre di rado si svolge un secondo colloquio con lo stesso paziente. Le ragioni sono da attribuirsi principalmente al frequente turnover degli utenti e alla volontà di dare a tutti l'occasione di poter parlare dei propri disagi in un contesto psicologico. È stato invece mantenuto l'invito agli infermieri agli incon-

tri con i pazienti.

Al termine dei colloqui vengono stesi i verbali di ogni incontro e il genogramma dei pazienti. A partire dal mese di ottobre 2015 è stato introdotto un format nuovo per la stesura dei verbali. Da un punto di vista metodologico, tale strumento si è rivelato particolarmente fruibile e ha facilitato il feedback con medici e infermieri, a differenza dei documenti prodotti negli anni precedenti. Attraverso il format di riferimento vengono indagati tre aspetti fondamentali: Come si presenta il paziente: si descrive l'impressione generale in termini di orientamento spazio/temporale, se presente a se stesso, se confabula, ecc.. Vissuti legati al ricovero: si descrive come si sente l'utente all'interno del reparto, il senso di consapevolezza rispetto a quanto accaduto prima del ricovero ed il vissuto rispetto al prima e dopo l'ingresso in SPDC. Temi emersi: vengono riportate le principali tematiche emerse durante il colloquio, i riferiti rispetto la sofferenza espressa dal paziente, le cause che individua come fonte del proprio disagio e le principali relazioni significative. Si effettua una sintesi, senza entrare eccessivamente nel dettaglio. Quando il paziente esprime riferiti suicidari o autolesionistici questi vengono sempre comunicati.

Sulla base delle informazioni raccolte durante il colloquio viene stesa una bozza di genogramma di ogni paziente. Spesso le

⁷Marco Bocchia Allievo II anno IDIPSI . E-mail: marco.bocchia@tiscali.it
Roberta Mutti Allieva III anno IDIPSI . E-mail: roberta.m1975@libero.it

informazioni raccolte consentono una raffigurazione del genogramma molto parziale, talvolta invece permettono la realizzazione di un genogramma più completo.

Quando possibile viene anche fatta una breve restituzione a voce ai medici di turno: si sintetizzano i principali temi sui quali il paziente si è focalizzato durante il colloquio, spesso individuati come causa della propria sofferenza, la modalità con la quale si è relazionato con noi e l'emotività manifestata nel raccontarsi. La restituzione dell'incontro psicologico diviene un momento in cui anche i medici acquisiscono, a loro volta, informazioni aggiuntive sui pazienti (notizie, vissuti, emotività, risorse interne, feedback sul loro stare in reparto, ecc).

Differenze fra colloquio psichiatrico e colloquio psicologico

Senza voler delineare un confronto generale tra colloquio psichiatrico e colloquio psicologico, che esula dagli obiettivi di questo lavoro, preferiamo concentrarci su differenze e aspetti comuni dei colloqui che vengono effettuati nel contesto specifico del reparto di SPDC dell'AUSL di Parma.

I pazienti infatti svolgono diversi colloqui dal momento del loro ingresso in reparto, oltre a interagire quotidianamente con il personale medico durante il "giro visite". La maggior parte di tali scambi hanno principalmente finalità diagnostiche e descrittive della situazione del paziente: la diagnosi medica implica l'identificazione dei sintomi e l'assegnazione, sulla base di questi, a una categoria diagnostica, che viene successivamente riportata nella cartella clinica del paziente e orienta il conseguente trattamento farmacologico. Oltre all'esame delle condizioni mentali⁸ e al processo di

assessment iniziale successivo al ricovero, vengono svolti, quando possibile, colloqui di monitoraggio del percorso terapeutico durante la degenza. Malgrado i temi principali che vengono affrontati concernano l'evoluzione sintomatica e l'efficacia della terapia farmacologica, in diverse occasioni gli psichiatri cercano anche di ampliare la propria conoscenza dei pazienti esplorando la loro storia e le caratteristiche del loro contesto di vita (sociale e familiare).

È proprio su questi ultimi aspetti che avvengono i maggiori scambi di informazioni durante le restituzioni che effettuiamo al termine dei colloqui psicologici, nelle quali ci concentriamo sui punti di comunanza o di discontinuità nelle narrazioni dei pazienti durante i diversi colloqui, cercando di arricchire il più possibile il quadro delle relazioni significative che essi intrattengono. Si confrontano inoltre le diverse ricostruzioni degli episodi di vita maggiormente salienti, nel tentativo di operare una sintesi che porti ad un incremento della conoscenza della persona ricoverata in tutta la sua complessità. Nel corso dei colloqui psicologici, a nostra volta tracciamo un breve quadro di come il paziente si presenta (aspetto, comportamento, eloquio, ecc.), ma non perseguiamo finalità diagnostiche, quanto un'osservazione che consenta di riconoscere i bisogni del paziente, di identificarne le parti sane e le risorse. In questo senso all'idea di cura come adozione di un protocollo di terapia farmacologica mirato alla risoluzione dei sintomi propria dell'approccio psichiatrico, si affianca una funzione di accoglienza e di contenimento della frammentazione del paziente, al fine di ricostruire una migliore possibilità di funzionamento dell'io e un recupero delle relazioni interpersonali (Spar-

⁸Per esame delle condizioni mentali (ECM) si intende una procedura di raccolta di informazioni su molteplici caratteristiche di un paziente: condizioni generali, umore e affettività, linguaggio, percezione, pensiero, capacità cognitive, controllo degli impulsi, capacità di giudizio (Sadock e Sadock, 2003).

voli, Di Massimo, 2006).

Si propone quindi all'utente di dialogare su quanto accaduto prima dell'ingresso in Ospedale, si ascolta la sua elaborazione, se vi sono stati "segnali d'allarme" che l'hanno portato al ricovero, e si esplorano il suo modo di "stare" all'interno del reparto ed eventuali obiettivi alle dimissioni. L'incontro diviene anche un momento in cui la persona narra il disagio annesso alla propria storia di vita, agli eventi maggiormente significativi e alla rete familiare e amicale intorno a lui. Insieme si ricostruisce la storia familiare, concentrandosi principalmente sulla famiglia di origine e sulle figure di attaccamento. L'incontro ha altresì l'obiettivo di ricercare le risorse interne della persona e individuare quelle carenze che impediscono un miglioramento; il colloquio psicologico può infatti contribuire ad aiutare il paziente a liberarsi da quei vincoli spazio-temporali intrapersonali che coartano la sua vita impedendo lo sviluppo delle sue potenzialità (Boscolo, Bertrando, 1993), diventando, se le condizioni psico-fisiche degli utenti lo permettono, uno spazio nel quale elaborare nuovi significati e nuove narrazioni della sofferenza del paziente.

L'approccio sistemico nei colloqui individuali

La maggior parte degli psicologici specializzandi che si occupano di svolgere i colloqui individuali presso il servizio SPDC di Parma provengono da una formazione sistemica (in particolare di indirizzo sistemico integrato della scuola di psicoterapia Idipsi).

Più che nell'impiego di modalità e tecniche proprie della terapia familiare, l'ottica sistemica ci orienta nel "pensare" alla situazione del paziente, consentendoci di inserire la sua situazione problematica in una complessa rete relazionale, che comprende non soltanto il sistema familiare, ma anche il più vasto sistema sociale (servizi,

contesto lavorativo, contesto scolastico, ecc.). L'epistemologia sistemica è fondata infatti sulla ricerca "delle connessioni tra disagio individuale e caratteristiche specifiche del contesto in cui esso si manifesta" (Gamba, 2013). In primo luogo viene quindi dedicata una costante attenzione al contesto relazionale in cui la persona si trova a vivere: durante il colloquio si cerca di ricostruire come sono articolati i legami familiari del paziente, soffermandosi su quelli che egli individua come più significativi; viene inoltre esplorato il contesto sociale di riferimento del paziente, in particolare le amicizie, i rapporti lavorativi e quelli con eventuali servizi e professionisti implicati nel suo percorso di cura. In secondo luogo si cerca di connettere quanto emerso da tale narrazione con l'esperienza di crisi vissuta dal paziente stesso, includendo nuovi elementi nella descrizione della sua condizione di disagio, al fine di restituirgli una certa consapevolezza della propria sofferenza. Nel corso dei colloqui individuali condotti in SPDC, emerge però la difficoltà nel costruire in un unico incontro un'idea differente sul problema, sulla malattia e sui sintomi, senza rischiare di scontrarsi con un modo di vedere la propria vita ormai consolidato e confermato da molteplici attori facenti parte del sistema. Per perturbare tali idee radicate si utilizzano quindi domande circolari e domande riflessive (ad esempio sul punto di vista del paziente o ipotetiche sul futuro) che mettano in risalto le connessioni tra persone, azioni, credenze, sentimenti, idee (Tomm, 1988). Tali domande vengono rivolte al paziente che di conseguenza viene invitato a porsi in una prospettiva differente nei confronti della propria situazione e viene guidato nell'individuare possibili risorse in ambiti che venivano ritenuti unicamente fonte di difficoltà. Anche l'introduzione di metafore che esprimano in termini alternativi la narrazione del paziente può contri-

buire ad apportare differenze senza urtare direttamente convinzioni radicate e difficili da abbandonare. La metafora (lett. *Metaphoreo*: “portare oltre”) consente spesso di percepire significati che non sarebbero accessibili se espressi direttamente con il linguaggio ordinario e di tradurre in linguaggi alternativi definizioni e narrazioni che talvolta tendono a cristallizzarsi influenzando negativamente l’identità stessa delle persone ricoverate. Nello specifico può rappresentare una chiave per ridefinire la situazione problematica in termini di maggiore “inclusione” o come una transizione verso un nuovo assetto, in un’ottica che aumenti la complessità. Per quanto concerne il “processo di ipotizzazione” (Bertrando e Toffanetti, 2000), se possiamo concepire la diagnosi che ci viene riportata dagli psichiatri (e spesso anche dal paziente) come il primo dato da cui partire, durante il colloquio e nel momento dedicato alla compilazione del report cerchiamo di connettere i pattern relazionali emersi ragionando su nuove ipotesi che introducano spiegazioni articolate e più complesse del “problema” in esame. Considerata l’assenza dei membri della famiglia durante il colloquio, non ci è possibile formulare e verificare vere e proprie “ipotesi sistemiche”, quanto iniziare a delineare insieme al paziente ipotesi di “tipo uno” basate sulla percezione che la persona ha dei propri rapporti e delle intenzioni che regolano i comportamenti propri e altrui (Ugazio, 1981). Non riteniamo infatti opportuno elaborare e restituire al paziente un’ipotesi propriamente sistemica che contrasti apertamente con il suo modo di percepire se stesso in relazione con gli altri

(si rischierebbe di introdurre confusione o di far cadere nel vuoto qualcosa di troppo distante dal suo attuale vissuto); ci sembra più appropriato rielaborare ciò che egli già ritiene plausibile, restituendo un’ipotesi di funzionamento che sia maggiormente connessa al livello relazionale e interpersonale rispetto alla semplice diagnosi psichiatrica (che non viene comunque messa in discussione). A questo proposito si può rimarcare come parziale discontinuità rispetto al contesto psichiatrico la nostra adozione di un “pensiero debole” sulla cura e sulla malattia, fondato sull’incontro con l’altro scervo da una conoscenza certa e precostituita, con l’obiettivo di “riconoscerlo nella sua storia, nel suo dolore e nei suoi bisogni [...], di cercare storie e non sintomi, di incontrare uomini e non malattie” (Sparvoli e Di Massimo, 2006, pp.61-62). Nel nostro operato cerchiamo quindi di dare vita a forme di conversazione “dialogica”⁹ (Seikkula, 2014) nelle quali non si provano ad individuare risposte definitive ai problemi, perseguendo piuttosto l’obiettivo di creare un contesto in cui “le differenze tra i diversi linguaggi possono produrre nuove alternative e prospettive non considerate precedentemente” (Ibidem, p.24)¹⁰. Questa attenzione alla creazione di significati condivisi riguarda, ad esempio la narrazione sulla diagnosi assegnata al paziente. Durante il colloquio può infatti accadere che venga affrontato il tema della categoria diagnostica alla quale il paziente è stato assegnato: in tali occasioni si cerca di fare in modo che i sintomi assumano per lui un significato interno, dando vita a una narrazione maggiormente condivisa che aumenti la conoscenza di

⁹L'autore, riferendosi alla teorizzazione di Bakhtin (1981), distingue tra forme di dialogo “monologiche” e “dialogiche”: nelle prime vi sono due tesi discordanti (monologhi) in conflitto e l’obiettivo è che una di queste prevalga assumendo un valore di verità, mentre nelle forme dialogiche la conversazione non è finalizzata a “trovare la giusta voce, ma piuttosto mira ad esprimere contraddizioni e a discuterle” (Seikkula, 2014, p.25).

¹⁰Tale forma di “Dialogo Aperto” costituisce una delle prerogative dell’intervento attuato in Finlandia dall’équipe multidisciplinare diretta dall’autore, nel quale la stessa équipe è coinvolta insieme alla famiglia nell’elaborazione del percorso di cura del paziente che ha manifestato sintomi psicotici. Tutte le persone coinvolte partecipano al “dialogo” inerente il percorso terapeutico con l’obiettivo di far emergere nuove rappresentazioni della situazione problematica attraverso un linguaggio co-costruito e condiviso.

sé. La peculiarità del setting in cui ci troviamo ad operare influenza a sua volta la relazione che si sviluppa durante gli incontri individuali, in quanto presenta alcune caratteristiche specifiche, che potrebbero essere viste come limiti, ma che talvolta è possibile trasformare in risorse. Trattandosi di colloqui individuali, infatti, non è possibile coinvolgere figure significative che possono però essere “presentificate” (Boscolo e Bertrando, 1996), arricchendo in questo modo la diversità dei punti di osservazione. Spesso inoltre accade che un paziente ricoverato in SPDC venga dimesso dopo pochi giorni: in questo modo il colloquio che svolgerà non avrà un seguito, e non vi sarà quindi la possibilità di riprendere le riflessioni emerse o di confrontarsi su eventuali aspetti di discontinuità con il passato maturati in seguito al colloquio.

Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione è l’equilibrio che cerchiamo di raggiungere tra l’obiettivo di sfruttare il più possibile il tempo del colloquio e la necessità di sintonizzarsi sul “tempo del paziente” (Boscolo, Bertrando, 1993) il quale potrebbe non sentirsi pronto ad affrontare da subito argomenti che lo sollecitino emotivamente o a rivivere episodi significativi della propria storia, preferendo magari dialogare su temi apparentemente più “neutri” dal punto di vista emotivo o che lo riguardino indirettamente. Il fatto che i colloqui si svolgano in una cornice temporale piuttosto ristretta ci ha spinto a riflettere sull’opportunità di innescare un processo di cambiamento in un tempo così breve e senza che vi sia un preciso mandato in questo senso (i colloqui sono concepiti principalmente come forma di sostegno). A questo proposito, come osservano Miller e Rollnick (2004) analizzando diverse ricerche condotte su pazienti con dipendenza dall’alcool, non sempre i benefici del trattamento aumentano con il numero dei colloqui sostenuti: gli autori

individuano invece un altro fattore che sarebbe predominante rispetto alla “quantità” del trattamento, ovvero la motivazione al cambiamento; per questo sottolineano l’importanza di una fase iniziale del trattamento dedicata ad esplicitare e consolidare tale motivazione, lavoro che può risultare determinante affinché una persona decida effettivamente di cambiare qualcosa nella propria vita. Pur non ponendoci espressamente questo obiettivo (innescare un cambiamento), in linea con il contesto non prettamente terapeutico dei colloqui, possiamo quindi cogliere l’occasione di perturbare alcune convinzioni disfunzionali legate al fallimento e alla rinuncia a migliorare le proprie condizioni di vita. In molti casi peraltro una delle condizioni necessarie per il cambiamento consiste proprio nell’esplicitare determinati vissuti e nel concepire più chiaramente alcune dinamiche relazionali in cui ci si trova coinvolti: in questo senso il colloquio psicologico può rappresentare un’esperienza utile a far emergere modalità nuove di pensare a se stessi, alla propria sofferenza, ai propri rapporti con gli altri significativi e con il proprio ambiente di vita.

Mandato e obiettivi dei colloqui

I colloqui sono caratterizzati da precisi vincoli, soprattutto temporali: non si collocano quindi in un contesto propriamente terapeutico quanto piuttosto di sostegno e accompagnamento durante un’esperienza complessa come quella del ricovero. Innanzitutto è possibile individuare un mandato “istituzionale” da parte dell’AUSL che concerne la possibilità di rendere tale esperienza la migliore possibile mediante diverse attività che si affiancano alla terapia farmacologica. Inoltre da parte degli psichiatri si evidenzia spesso l’obiettivo di raccogliere informazioni particolareggiate sulla storia di vita dei pazienti, i quali potrebbero avere una maggiore facilità a dialogare con una fi-

gura non medica a proposito delle relazioni per loro più significative e del loro contesto di vita (spesso le conversazioni con i medici e gli infermieri sono polarizzate sulla terapia da seguire, sui tempi del ricovero, sulle condizioni cliniche ecc.). Tra gli obiettivi che ci poniamo e che cerchiamo di portare avanti durante lo svolgimento dei colloqui spicca quello di consentire alle persone ricoverate di sperimentare una totale accettazione priva di giudizio: in diversi casi riteniamo opportuno accogliere semplicemente i vissuti riportati, che spesso si rivelano particolarmente drammatici. Cerchiamo inoltre di approfondire gli aspetti della storia di vita del paziente maggiormente connessi alle figure per lui significative, abitualmente si tratta dei familiari più stretti, ma non di rado capita di considerare soprattutto relazioni con altre figure che costituiscono dei punti di riferimento alternativi, in particolare nel caso in cui il rapporto con la famiglia d'origine si sia deteriorato o sia reso difficile dalla distanza. È il caso di pazienti stranieri che spesso hanno pochissimi contatti con i familiari rimasti in patria e si appoggiano piuttosto a connazionali che risiedono in Italia. Un altro dei temi a cui cerchiamo di dare priorità è l'esplicitazione di possibili visioni alternative della sofferenza del paziente, introducendo mediante domande e interventi nuove modalità di concepire il proprio disagio, che spesso viene inizialmente considerato qualcosa di totalizzante, che va ad investire e condizionare ogni ambito in cui la persona si trova coinvolta. Spostando l'attenzione su eventuali risorse personali o presenti nel contesto di vita della persona, cerchiamo di aiutarla a focalizzare alcuni obiettivi precisi all'interno del suo percorso riabilitativo o più in generale nella propria vita al di fuori del reparto. Frequentemente infatti le persone ricoverate in SPDC riportano l'intenzione di iniziare percorsi psicoterapeutici o riprendere pro-

getti lavorativi o di studio, che è possibile approfondire ed esplicitare più chiaramente durante i colloqui. Un importante intervento psicologico riguarda il tentativo di ridefinire insieme al paziente la crisi anche come cambiamento, cercando di riannodare fili tesi o spezzati con se stesso, con la famiglia, con l'ambiente in cui vive. La funzione psicologica all'interno dell'SPDC può essere di aiuto nel dare significato e senso alla crisi acuta del paziente. Il tema della crisi nella malattia mentale non riguarda solo quella propria del paziente, si può infatti parlare di crisi anche come impatto della "malattia" sul sistema curante (Sparvoli, Di Massimo, 2006). Infine può accadere che forniamo informazioni e chiarimenti rispetto alla possibilità di intraprendere un percorso psicologico (individuale o familiare) una volta concluso il periodo di ricovero, suggerendo alcuni servizi in cui è possibile recarsi o informando circa la possibilità di richiedere un invio da parte del proprio medico curante o del proprio psichiatra di riferimento sul territorio. Può essere interessante esplorare anche quale siano le domande e le aspettative più o meno consapevoli degli utenti che accettano (o richiedono espressamente) di sostenere un colloquio psicologico durante il loro ricovero. Talvolta ci sembra che le persone invitate a sostenere il colloquio inizialmente colgano semplicemente l'occasione di "sfuggire" alla routine della giornata in reparto, o che cerchino una possibilità di sfogare il disagio di trovarsi ricoverati in un reparto chiuso nel quale passano la maggior parte del proprio tempo in camera. In diverse occasioni però durante i colloqui emergono ulteriori motivazioni, che riescono ad essere esplicitate quando si crea un clima relazionale proficuo, che consente al discorso di andare oltre i problemi della quotidianità della vita in reparto. Spesso i pazienti si rivolgono spontaneamente a noi psicologi, magari avvicinandosi mentre at-

traversiamo il corridoio del reparto e chiedendo espressamente di poter svolgere un colloquio. In questi casi chiediamo il parere del loro psichiatra di riferimento che valuta l'opportunità di poter svolgere il colloquio stesso in base ai criteri elencati in precedenza. Quando la richiesta è spontanea, abbiamo riscontrato che molte volte emerge il bisogno di raccontare la propria storia di vita e familiare a persone che possono concedersi il tempo di ascoltarla nelle sue sfumature, e magari di affiancare il paziente nel tentativo di riconnettere insieme alcuni eventi salienti che l'hanno segnata. In altre occasioni emerge invece chiaramente la necessità di ricevere consigli o indicazioni in merito a scelte importanti che si dovranno affrontare nella propria vita; tale richiesta può essere formulata sia con una modalità delegante ("Ditemi cosa dovrei fare?") che con una più ragionata domanda di consigli o conferme sulla validità delle proprie scelte. Non mancano inoltre pazienti che sembrano unicamente cercare un'ennesima conferma al proprio senso di disillusione e sconfitta, formulando in questo modo la propria richiesta di aiuto e di sostegno. Infine riteniamo che molti intendano cogliere la possibilità di relazionarsi con figure estranee al proprio abituale contesto curante, con le quali sperimentare nuove modalità di interazione (che ad esempio si distanzino dall'atteggiamento richiedente o di delega).

Analisi e considerazioni sui colloqui individuali

Sulla base della nostra esperienza presso l'SPDC di Parma, che ci ha visto coinvolti nello svolgimento di colloqui individuali per la durata di un anno, fra ottobre 2015 e ottobre 2016, abbiamo analizzato circa 50 schede re-

lative ai verbali dei colloqui, ovvero da quando è stato introdotto il nuovo format. Da una attenta analisi a posteriori dei contenuti dei verbali sono emerse delle ridondanze sulla base delle quali è stato possibile costruire delle inferenze plausibili rispetto a eventi e vissuti ricorsivi nella storia di vita di questi pazienti. Lo studio è stato effettuato sui verbali dei pazienti scelti dai medici per effettuare i colloqui, le relative analisi non sono pertanto da ritenersi significative rispetto al numero totale dei degenti in reparto. L'esito dell'analisi è sintetizzabile nelle seguenti considerazioni. Dai racconti dei pazienti a proposito della relazione con le figure significative emergono frequentemente relazioni conflittuali (circa il 40%) con uno o più componenti della famiglia d'origine o con componenti della famiglia formata, caratterizzati prevalentemente da una assenza di affettività e da una comunicazione ambigua e chiusa, fino ad essere totalmente assente, causando incomprendimento e progressivo allontanamento. Questa ostilità relazionale provoca nel paziente sentimenti di inadeguatezza, rabbia, sensi di colpa e depressione e l'intensità emotiva esperita è tale da portare la persona a manifestare il proprio disagio interiore mediante atteggiamenti e/o comportamenti autodistruttivi o eterodistruttivi. Rifacendoci agli studi di Bateson (1977) sui livelli di apprendimento nei contesti schizofrenogenici, appare evidente l'importanza che assumono le modalità comunicative (verbale e non) nel contesto in cui la persona cresce. Bateson spiega che il formarsi di psicopatologie con sintomi psicotici è fortemente determinato da processi comunicativi ambigui e contraddittori nell'ambiente d'origine, con particolare riferimento alla figura d'attaccamento (teoria del doppio vincolo¹¹). I sentimenti di ira, impotenza, desiderio, paura e dolore, diventano negli

¹¹Bateson (1977) parla di doppio vincolo quando i messaggi (verbali e non verbali) fra madre e bambino sistematicamente contraddittori e paradossali generano nel bambino un senso di impotenza e paura: se discrimina correttamente i messaggi della madre è punito ed è punito se li discrimina erroneamente, diventando così incapace di attribuire un corretto significato a qualsiasi messaggio e sviluppando potenzialmente un sistema patogeno.

anni scissi dallo sfondo che li ha provocati, continuando tuttavia ad esprimersi in atti distruttivi rivolti contro gli altri o contro se stessi (tossicomanie, alcolismo, prostituzione, disturbi psichici e suicidio). La lente sistemica che abbiamo utilizzato sia nella conduzione dei colloqui che nell'analisi delle schede si è rivelata molto utile ed appropriata. Spesso la sensazione provata durante le conversazioni con gli utenti è stata quella di un "paradossale invischiamento" con le figure parentali, come se la rete familiare di queste persone non fosse sufficientemente in grado di far fronte al malessere manifestato dalla persona, mettendo così in atto un allontanamento e distacco, con conseguente ri-attivarsi del disagio della persona stessa nei momenti di maggior difficoltà. Bianciardi (2006) spiega come nelle famiglie con persone che manifestano personalità psicotiche esista una forte implicazione di tutti i componenti. Non di rado si assiste perfino ad una sorta di arresto temporale del ciclo di vita della famiglia, funzionale al mantenimento delle reciproche aspettative e delle dinamiche relazionali, e ciò non consente alcun cambiamento. Nelle narrazioni dei pazienti appare chiaro anche a loro stessi come l'ambiente nel quale sono cresciuti ha fortemente contribuito allo sviluppo della condizione di malattia e, viceversa, quanto questa abbia favorito i conflitti con l'ambiente. Spesso viene riferito un senso di solitudine e un vissuto di abbandono da parte dell'entourage familiare (circa in un verbale su quattro); in particolare per diversi utenti stranieri tale vissuto è ancor più marcato in considerazione della reale condizione di lontananza geografica. Fatto salvo per giovani in età adolescenziale, all'inizio della loro "carriera", i pazienti adulti riferiscono

una certa ricorsività nell'entrare e uscire dai servizi di salute mentale, contrassegnando l'instaurarsi di una condizione di disagio psichico divenuto ormai cronico. Questi pazienti si narrano mostrando un sentimento di coesistenza con il proprio stato di malattia e abitudine ai ricoveri, che potrebbe definire una situazione di cronicità (riferita per il 36% delle volte)¹². Come per la maggior parte delle problematiche croniche, anche per questi pazienti, il problema pare essere quello di riuscire a gestire e a "tenere a bada" il proprio stato più che il raggiungimento di una guarigione (es. nelle personalità di tipo borderline). Per quanto attiene i principali vissuti emotivi connessi agli eventi della propria storia di vita e alle relazioni con i familiari, segnaliamo: rabbia verso se stessi e/o verso gli altri, senso di colpa, senso di impotenza, profonda tristezza fino a stati di depressione, delusione verso un familiare, senso di solitudine, malessere generalizzato per la vita (circa il 40% dei casi). Risulta significativo come alcuni esperiti emotivi che hanno contraddistinto la relazione del paziente con le figure familiari possono essere talvolta rintracciati nella relazione con le figure curanti (medici, infermieri, psicologi, ecc.). Pare infatti che quei vissuti di ambivalenza, amore/odio, senso di oppressione e bisogno di libertà, vengano riprodotti verso i servizi e verso chi vi lavora, oppure, al contrario, i servizi possono essere vissuti come luoghi ove ricercare quel senso di accudimento e cura scarsamente ricevuti. È quindi importante per i professionisti operanti nella salute mentale porre attenzione ai pattern di vicinanza e distanza emotivo-affettiva che li connettono con il paziente. Laing parla di famiglia interiorizzata e spiega come le persone interiorizzano gli schemi relazionali tra i compo-

¹²Nella parte del verbale dedicata ai vissuti rispetto al ricovero circa un paziente su tre fa riferimento a precedenti esperienze di cura. Tale parametro non esclude la presenza di una situazione di cronicità non esplicitata durante il colloquio psicologico.

nenti della famiglia e come vi sia poi una trasformazione-esteriorizzazione: la persona proietta all'esterno gli schemi introiettati della famiglia. Negli individui gravemente disturbati la persona non proietta semplicemente un soggetto interno su una persona esterna, ma l'insieme delle relazioni che lo legano ad esso (Boscolo e Bertrando 1966). Abbiamo notato come l'esordio dello stato di malattia, coincida quasi sempre con un momento di crisi nella vita della persona. Questo accadimento (uno o più) ha per la persona una valenza traumatica ed è quasi sempre connesso con figure significative (madre, padre, fratelli, zii, figli, coniuge) e con la relazione che li unisce: un lutto inaspettato, un divorzio conflittuale, un allontanamento da parte del proprio compagno/a, una malattia grave di un familiare accudente, la perdita del lavoro, alcuni di questi eventi. La crisi, come definiscono Bianciardi e coll. (1989) è allora ipotizzabile come un tentativo individuale di uscita da questa situazione, di sottrarsi all'indifferenziazione familiare effettuato attraverso una fuga impossibile, una precaria e potenzialmente cronica rottura di equilibrio". Il lutto legato alla perdita di una o più persone significative ricorre spesso nella storia di vita di questi pazienti (il 35% delle volte) e, quando presente, viene riferito per la metà dei casi come coincidente con i primi sintomi della propria condizione di disagio. Lutto di un familiare, del partner col quale spesso la relazione era di tipo simbiotico, di un amico col quale si era condivisa una parte importante della propria esistenza. È come se l'assenza di queste figure importanti e di ciò che esse rappresentavano, determinasse la perdita di una parte del Sé del paziente, già caratterizzato da un Io frammentato. Come se venisse a mancare un "pezzo" di Io, compromettendo quell'equilibrio interiore già di per sé fragile e precario. Si evidenzia infatti una scarsa resilienza e fragilità psi-

chica, che ostacola la capacità di far fronte attraverso le proprie risorse interne alle vicissitudini della vita e il tormento interno viene espresso mediante l'agito. Secondo Bion l'incapacità o l'impossibilità a sopportare il dolore psichico fa "impazzire"; il paziente che non soffre il dolore non riesce nemmeno a pensarlo e metabolizzarlo. Per dirla in modo sistemico, l'elusione del dolore da parte di un sistema è portatrice di patologia come incapacità di soffrire il dolore. La condizione di malato mentale diviene quindi la rappresentazione di un "Sé altro" attraverso il quale dar sfogo alla propria rabbia, tristezza o inquietudine. La condizione di malato diviene un modo d'essere, un modo per essere visti e riconosciuti e ricevere quelle attenzioni sentite come mancanti o non sufficientemente ricevute. Riprendendo infine il concetto di crisi, anche l'arrivo al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura avviene conseguentemente ad un periodo di crisi interiore, riferita nel 45% dei casi. Tale stato emotivo può sfociare in uno "scatto d'ira", un comportamento auto- o eterolesivo, un tentativo di suicidio (uno su otto casi) che necessitano di essere contenuti urgentemente. Talvolta, invece, la crisi è percepita da un parente che a fronte di un prolungato periodo di sofferenza del paziente e la propria impossibilità nel fare qualcosa decide di accompagnarlo in ospedale. Queste manifestazioni emotive o comportamentali sono anticipate da un progressivo aumento dello stato di malessere esperito dalla persona (depressione, nervosismo, euforia, aggressività, ecc.) e mostrato più o meno evidentemente durante i giorni precedenti il ricovero.

Conclusioni

La stesura del presente contributo ha costituito sia una possibilità di delineare con maggiore chiarezza le prerogative dell'intervento svolto da ormai diversi anni nel repar-

to di SPDC, sia un'occasione per riflettere sul senso stesso dei colloqui psicologici individuali con i pazienti, approfondendo le modalità mediante le quali tale forma di sostegno possa costituire un valido contributo durante un'esperienza complessa come quella del ricovero. In molti casi, quando il sintomo sembra essere solo la punta dell'iceberg all'interno della complessa esperienza di disagio dei pazienti ricoverati, è importante per noi psicologi occuparci della persona, delle sue premesse e della sua storia più che soffermarci unicamente sui problemi presentati. La degenza viene spesso vissuta con un senso di coercizione e insofferenza, tuttavia, col trascorrere dei giorni, l'SPDC può divenire un luogo ove riflettere su quanto accaduto (per ben il 36% dei casi) e lo spazio dedicato al colloquio psicologico può divenire un momento utile per elaborare taluni accaduti e dare significato ai propri rapporti con gli altri. I colloqui contribuiscono quindi a questo processo di riconoscimento di un valore al periodo trascorso in reparto, che auspichiamo possa diventare per diverse persone qualcosa di più rispetto ad un periodo nel quale sottoporsi a una terapia farmacologica attendendo passivamente il momento delle proprie dimissioni. Consapevoli delle limitazioni relative principalmente ai tempi brucianti di degenza dei pazienti e al contesto in cui si opera, particolarmente complesso e delicato, riteniamo sarebbe comunque utile, ove possibile, ampliare il colloquio alle figure di riferimento dei pazienti.

Bibliografia

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Bakhtin, M.M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. University of Texas Press, Austin and London.
- Bianciardi, M., d'Elia, A., Giovanelli, M., Petiva, P., Salza, B., Soccorsi, S., (2006). *La costruzione del sistema terapeutico nel trattamento della famiglia con paziente psi-*

- cotico*. Bulding Bridges: Creating Balance. AAAMFT, 47th Annual Conference. October 26-29, 1989. San Francisco, CA.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004). *Clinica Sistemica. Dialogo a quattro sul modello di Milano*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Gamba, C., *L'approccio sistemico relazionale e il counselling in Il counselling psicopedagogico* L. Regoliosi (a cura di), (2013) Carocci, Roma.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton Erickson*, M.D.. Norton & Co., New York (tr. it. *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma, 1976).
- Miller, W., Rollnick, S. (2004). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson, Trento.
- Seikkula, J. (a cura di Chiara Tarantino) (2014). *Il Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Sparvoli, M., Di Massimo, S., (a cura di) (2006). *Lo psicologo in SPDC. Attività e modelli di intervento nel Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura*. Alpes, Roma.
- Bertrando, P., Toffanetti D. (2000). Sull'ipotesi. Teoria e clinica del processo di ipotizzazione. *Terapia Familiare* n.62 (pp. 43-67). Franco Angeli, Milano.
- Ugazio V. (1981). Ipotizzazione e Processo Terapeutico. *Terapia Familiare* n.16 (pp. 31-43).
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003). Trad.it. *Psichiatria clinica: Kaplan & Sadock's pocket handbook*, CSE, Torino.
- Tomm, K., (1991). Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive? Contributi. *Interventive interviewing: parte terza. Family Process*, 27: 1-15-1988. Il Bollettino - n.24.

L'esperienza dei gruppi psichiatrici

Marta Perini¹³

Premessa

La natura interpersonale dell'uomo è un aspetto che da sempre riveste un ruolo di primaria importanza. A partire dall'uomo primitivo, al quale ha favorito la sopravvivenza (Hamburg, 1963), la dimensione di gruppo esperita dall'uomo è andata via via organizzandosi e diversificandosi sempre più, per natura, forma e dinamiche. Nonostante ciò, le esperienze vissute all'interno di gruppi di riferimento continuano ad influire significativamente sul benessere della singola persona. Da studi psicoanalitici (Kernberg, 1999), ad esempio, emerge come dinamiche sperimentate all'interno di un gruppo possano incidere significativamente sui vissuti del singolo individuo, specie se questi non ha ancora un concetto del Sé ben integrato (Lewin e Kernberg in Di Maria e Lo Verso, 1995): il gruppo può influenzarne le emozioni, i concetti, i comportamenti, lo stile di vita. Lo stesso approccio però, riconosce anche che, pur profonda che sia l'influenza ricevuta, se il soggetto prende parte ad altre realtà di gruppo, con dinamiche differenti, è possibile che egli viva ulteriori cambiamenti (Lewin in Di Maria e Lo Verso, 1995). A tal proposito Pratt (p. 27 in Di Maria e Lo Verso, 1995), internista del secolo scorso, ha attribuito al gruppo un valore facilitatorio ai fini terapeutici, efficace questa che Slavson, pioniere nella psicoterapia di gruppo, ha correlato alla capacità del gruppo di fungere da <<cassa di risonanza in cui l'inconscio individuale può

meglio risuonare ed essere visualizzato>> (p.31 in Di Maria e Lo Verso, 1995). Diventa inevitabile richiamare all'attenzione Bion (Di Maria e Lo Verso, 1995) e la funzione del gruppo come di contenitore capace di ricevere, accogliere ed anche di svolgere reverie nei confronti del singolo e, al contempo, dell'intero gruppo. In merito al rapporto individuo-gruppo, fra i numerosi contributi vi è anche quello del medico e psicoanalista Foulkes, il quale nel 1964 disse: <<L'individuo singolo non può rendere conto in modo completo di nessuna condizione psicopatologica umana. (...) considero il paziente che mi sta di fronte come l'anello di una lunga catena, un punto nodale in una rete di interazione, la quale è la vera sede dei processi che portano tanto alla malattia che alla guarigione (...) la psicologia (...) troverebbe nel gruppo il suo naturale strumento terapeutico>> (p.39 in Di Maria e Lo Verso, 1995). Facendo un confronto con altri orientamenti, è interessante vedere come al contesto di vita del singolo soggetto venga attribuito un ruolo primario, anche nell'approccio cognitivo-comportamentale di terza generazione: il modello ACT¹⁴, ad esempio, adotta una lente di contestualismo funzionale. In particolare quest'approccio pone attenzione sui sintomi, manifestati dal soggetto nel qui ed ora, considerandoli come risposte funzionali attuate da quest'ultimo rispetto ad uno specifico contesto di riferimento. Tale modello prevede che il soggetto, una volta inserito in un nuo-

¹³Marta Perini, III anno IDIPSI, perini_marta@libero.it

¹⁴MACT (Acceptance and Commitment Therapy in Harris, R., 2006) ACT (Acceptance and Commitment Therapy in Harris, R., 2006)

vo contesto, non giudicante, venga aiutato a stare, con *mindfulness*, nel proprio presente, sperimentando una legittimazione dei propri disagi, delle proprie sofferenze e, al contempo, la valorizzazione delle proprie risorse. L'intervento tende a favorire non solo la consapevolezza sulla fusione che il soggetto aveva di sé con le proprie idee (Sé come contenuto), dimensione che lo manteneva bloccato, ma anche un'accettazione del suo vissuto. Al contempo, tramite un chiaro e sincero confronto con altri, durante il quale si può ricorrere anche a metafore esplicative, il soggetto può sperimentare un ampliamento del repertorio di possibilità (Von Foerster, 1985), più coerenti con i suoi valori e i suoi interessi. L'importanza attribuita alla condivisione e al confronto con gli altri, all'accoglienza, all'ascolto, alla risonanza, alla flessibilità, all'approccio non giudicante, valorizzante/rinforzante, alla consapevolezza, al distacco dalle idee invulnerabili, ecc., è emersa nei contributi sopra riportati, ma emerge anche nei modelli di orientamento sistemico. In questi ultimi il terapeuta, membro del gruppo, si avvicina al paziente con curiosità (Cecchin, 1988), ritenendolo l'esperto del suo imprevedibile vissuto (Giordano e Curino, 2013). In funzione di ciò, chi conduce il colloquio gioca principalmente il ruolo di colui che favorisce confronti in un contesto, quello del gruppo appunto, che pare un po' un microcosmo, un luogo altro, non giudicante anzi in accogliente ascolto, un luogo che per favorire la comprensione del soggetto nella sua unicità, contestualizza le esperienze a livello razionale ed anche emotivo (Yalom, 1974). In tale setting, il terapeuta valorizza altresì il silenzio attivo, accogliendolo come ascolto (Giordano e Curino, 2013). Questo ritorno ad un gruppo in cui ogni membro può ascoltare ed essere a sua volta ascoltato se/quando se la sentirà di condividere il

proprio vissuto o pensiero, è molto associante con l'approccio *Open Dialogue* (OD) di Seikkula (Arnkil e Seikkula, 2016). L'OD è un approccio appunto non monologico, in cui il team, come principale metodologia di intervento, utilizza la stimolazione al dialogo sincero nella famiglia, vista come "sistema esperto" del disagio in corso. Se è infatti vero che il disagio si è creato proprio in quel gruppo naturale, fra/con quelle singole persone inevitabilmente in relazione fra loro (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971), è anche vero che quelle stesse persone sono esperte della loro situazione, delle dinamiche che si sono instaurate e dei vissuti ad esse associati. Alla base dell'approccio OD vi è l'ipotesi che spesso i disagi psicologici vengono sviluppati in risposta a dinamiche relazionali che non hanno favorito una chiara comunicazione di significativi bisogni, aspettative, emozioni. Sulla base di ciò, l'OD non prevede un protocollo d'intervento ma una modalità di approccio guidata dalla curiosità verso il funzionamento del gruppo in questione, una curiosità finalizzata alla condivisione, alla consapevolezza, al cambiamento. E' per questo che, nella pratica, il team dell'approccio OD interviene ponendo domande che sollecitino tutti (team incluso, anche come *modelling*) alla condivisione di posizioni e/o emozioni. Un contesto di Dialogo Aperto arriva quindi a caratterizzarsi per la complessità dei diversi punti di vista condivisi, e ciò permette al gruppo famiglia di prendere consapevolezza dei propri limiti come delle proprie risorse. Vengono quindi a crearsi le basi per deutero-apprendere che esistono diverse strade possibili per il futuro (Ganda, 2001). All'interno della cornice teorica e metodologica sopradescritta, gli Argonauti, per definizione gruppo di "soccorritori" attenti alle persone in condizioni di maggior malessere, tre anni fa hanno avviato colloqui di gruppo per pazienti

con disturbi psichiatrici.

Breve storia di gruppi con pazienti psichiatrici

Nel marzo del 2014, all'interno del Reparto SPDC dell'Ospedale Maggiore di Parma (Padiglione Braga), gli Argonauti hanno iniziato la loro esperienza nella conduzione di colloqui di gruppo. In tale contesto i colloqui erano stati attivati, diversi anni prima, da una psicologa di orientamento cognitivo-comportamentale (Dr.ssa Silvia Azzaoli), coadiuvata da una parte del personale infermieristico appositamente formata. Gli Argonauti, pressoché accomunati da una formazione di natura sistemica, di fronte al mandato di proseguire un servizio già avviato (con aspetti teorici e metodologici dissimili), hanno sentito il bisogno di conoscere meglio le abitudini consolidate nel tempo, al fine di adottare le modalità più estetiche e funzionali possibili per l'intero reparto (personale e utenti) (Gardoni, 2014). A tal fine è stata fondamentale la collaborazione degli infermieri i quali, oltre ad una copia del loro manuale di riferimento, per un primo periodo di osservazione hanno condiviso con gli Argonauti anche i loro momenti di conduzione dei gruppi. La metodologia osservata è apparsa molto dettagliata, precisa e lineare, caratteristiche che gli Argonauti hanno apprezzato pur mantenendo alta l'attenzione circa il vissuto di incertezza dei degenti che partecipano al gruppo: fin da subito gli Argonauti hanno ritenuto l'unicità del vissuto degli utenti il focus del loro operare e, nel rispetto di ciò, tramite colloqui individuali (approfonditi nel contributo dei colleghi Bocchia e Mutti) così come nel contesto di gruppo, hanno cercato di sviluppare un approccio tecnico ma anche flessibile (Restori, 2014), che favorisse una libera con-

divisione di diversi archi di vita (Bateson, 1977). Giusto appena il tempo di conoscere la *gestalt* di base del gruppo in SPDC e, nel giugno del 2014, gli Argonauti hanno potuto avviare un nuovo gruppo, sempre in contesto psichiatrico ma fuori dal reparto di Diagnosi e Cura. Quest'ultimo gruppo è stato dapprima avviato in Day-Hospital (al piano rialzato dello stesso Padiglione Braga) per poi esser trasferito all'interno del reparto SPOI (al primo piano), pur mantenendo la peculiare caratteristica di gruppo aperto (come descritto nei contributi precedenti)¹⁵. Parallelamente alla conduzione dei gruppi con gli utenti, gli Argonauti hanno ritenuto opportuno avviare anche équipe interne finalizzate alla condivisione e al confronto sui loro vissuti in reparto, così come su osservazioni (proprie ed altrui), riscontri, dubbi. Tali équipe hanno dato ai singoli Argonauti lo spazio ed il tempo per rielaborare e rinarrare le loro esperienze, ma hanno anche permesso all'intero gruppo di condividere significati del presente, a partire dai quali orientare progressivamente i loro passi futuri, nella progressiva elaborazione di un approccio comune. Spesso infatti, al termine delle riunioni di équipe, gli Argonauti hanno elaborato (ed elaborano tuttora) ipotesi, pratiche e metodologiche, inerenti la conduzione in sé dei colloqui di gruppo, ma anche la relazione fra questi e i reparti di riferimento (materiale da procurare, verbali da compilare, partecipazione ai passaggi di consegne, selezione dei partecipanti, condivisione con il personale dei temi emersi, ecc). Per l'attuazione di tali ipotesi, e quindi per una maggior accuratezza metodologica inerente lo svolgimento dei colloqui di gruppo, è stata fondamentale la rete di comunicazione fra gli Argonauti ed il contesto di intervento/*navigazione*.

¹⁵Per un approfondimento sulla storia del gruppo in SPOI si rimanda anche all'articolo di Bruschi, Castelli, Morini, Ravasini e Torsello in *Cambia-menti*, 2015.

Questo aspetto, dal 2014 ad oggi, è stato garantito da una collaborazione sempre più frequente ed aperta fra i responsabili delle diverse entità in relazione: Argonauti, SPOI ed SPDC. Seppur avviate nei due reparti con tempistiche differenti, tale rete ha favorito una crescente integrazione dei colloqui nelle routine dei reparti stessi.

Come gli Argonauti hanno orientato i loro interventi?

Come sopraccennato gli Argonauti sono pressoché accomunati da una formazione di natura sistemica integrata, un approccio che trova assonanze nei contributi teorici di Foulkes, Seikkula e degli altri autori o contributi sopracitati: gli Argonauti vedono la persona con sintomi psichiatrici come un membro di un sistema relazionale di riferimento, un membro che, in quel preciso momento della sua vita in cui si trova ricoverato, sta vivendo un momento di acuto bisogno di essere ascoltato. Coerentemente con ciò, emerge una premessa sui reparti ospitanti come di contesti che dovrebbero accogliere l'utente e, al contempo, supportarne la famiglia (o un'eventuale contesto altro di riferimento) al fine di favorire la prevenzione di *revolving door* (Perini, 2015). Tenendo conto della propria premessa sull'utente, della propria premessa circa il mandato del contesto, e tenendo conto della potenziale efficacia del gruppo sul singolo utente, gli Argonauti hanno via via messo a punto piccoli ma essenziali aspetti del loro intervento di gruppo nel contesto in questione.

Selezione dei partecipanti al gruppo SPDC.

Per gli Argonauti è fondamentale concedere spazio e parola a tutti gli utenti, ma è altrettanto essenziale e terapeutico riconoscere ad ognuno di essi la sua *agency*. Questo aspetto, nella pratica, si manifesta

nel fatto che gli Argonauti, indipendentemente dallo stato psico-fisico manifestato dai pazienti nel giorno in cui si fa il gruppo (Yalom, 1974), tendono ad invitare all'incontro tutti gli utenti presenti in reparto in stato di veglia. Dopo aver partecipato alle consegne e aver raccolto alcune informazioni sullo stato attuale dei pazienti, gli Argonauti in turno (di prassi sono due) fanno il giro delle stanze del reparto e, di norma, invitano al gruppo tutti i pazienti nel rispetto della loro volontà, preferenza e/o necessità di quel momento. Se il paziente sta riposando, sta per fare la doccia, preferisce leggere, non condivide o non ha voglia di partecipare al gruppo, ecc., gli Argonauti accolgono quanto direttamente o indirettamente comunicato dal paziente (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971) e si congedano, lasciando a quest'ultimo la possibilità di ripensarci (unendosi al gruppo anche se già avviato) oppure di iniziare il gruppo e, in base a come si trova, scegliere di ritirarsi prima del termine del colloquio. Questa sarebbe la prassi di selezione dei partecipanti al gruppo, effettuata generalmente dagli Argonauti. Ad onor del vero, alle volte, tale prassi viene adattata al contesto: alle volte, durante le consegne, il personale (medico e/o infermieristico) segnala agli Argonauti la presenza di utenti particolarmente irrequieti e/o "poco collaboranti", che potrebbero "scompensare" il gruppo, e che quindi vengono "segnalati" come soggetti che forse sarebbe meglio non invitare al gruppo. Lì, in base a come gli Argonauti percepiscono il paziente al momento del loro giro visite, decidono se effettivamente invitarlo o meno. Gli Argonauti si trovano infatti in una sorta di doppio legame: da una parte si sentono parte del contesto di cura, quindi si sentono di corrispondere alle richieste dei medici, e in virtù di ciò tenderebbero a mettere in pratica le consegne ricevute; dall'altra, nell'ottica dell'imprevedibilità della reazione

altrui, tenderebbero a mantenersi fedeli alla propria curiosità per il vissuto del paziente designato e quindi ad invitarlo anche perché, paradossalmente, proprio per il suo vissuto, per il suo malessere, potrebbe giovare più di altri (Yalom, 1974) dall'esperienza in un gruppo non giudicante e in ascolto attivo anche nei suoi confronti. L'SPDC è un contesto di emergenza e urgenza in cui si possono effettivamente trovare pazienti dai modi forti, dall'altra parte, il rovescio della medaglia è che lo stesso contesto può essere vissuto come una sorta di "base sicura", attrezzata e tempestiva per un eventuale bisogno di intervento medico-assistenziale.

SPOI.

In merito alla selezione dei partecipanti al gruppo in SPOI, gli Argonauti, ad oggi, per quanto li concerne, utilizzano la stessa prassi adottata all'interno del reparto SPDC. Un'omologazione metodologica che trova però due peculiari dissonanze rispetto al gruppo in SPDC.

La prima consiste nel fatto che il gruppo in SPOI, fin dalla sua origine in Day-Hospital, è un gruppo ancora aperto (Kernberg, 1999) rispetto al gruppo in SPDC. Se quest'ultimo è aperto a tutti i pazienti del reparto interessati a partecipare, il gruppo in SPOI è aperto in quanto dotato di accesso multiplo: vi possono accedere degenti di SPOI e Day-Hospital ma anche chi è stato dimesso dal Day-Hospital e decide di continuare l'esperienza.

La seconda peculiarità è legata alla stessa storia del gruppo: fin da quando il gruppo veniva svolto in Day-Hospital il personale dello stesso reparto aveva avviato la routine di selezionare e segnalare con una lista i pazienti in grado di partecipare allo svolgimento del gruppo, routine che sta pian piano scemando.

Preparazione del "setting"

SPDC.

Sia in SPDC che in SPOI, gli Argonauti arrivano in struttura almeno mezz'ora prima dell'inizio del gruppo al fine di partecipare al passaggio delle consegne, fare il giro del reparto per invitare i pazienti al gruppo e farsi quindi un'idea indicativa di quante persone parteciperanno.

A seguito di ciò inizia la preparazione del setting. In entrambi i reparti, per mancanza di spazi, preparare il setting consiste in un effettivo allestimento delle stanze che i reparti hanno messo a disposizione per l'attività: in SPDC, dove il gruppo avviene in sala TV, la preparazione inizia con l'alzata delle tapparelle o l'accensione della luce, se ciò non disturba eventuali ospiti già presenti in stanza.

Si procede poi con l'accostamento al muro di eventuali tavolini e del bigliardino, per permettere la disposizione in cerchio delle poltroncine e delle seggiole già presenti in stanza; in caso il numero non fosse sufficiente ad accogliere tutti gli utenti verosimilmente interessati al gruppo, si cercano altre sedie in reparto (ad esempio in sala da pranzo, oppure dalle vicine camere degli utenti, chiedendogliele in prestito) in modo da avere almeno una sedia vuota (Giordano e Curino, 2013), per accogliere eventuali cambi di decisione. Il cerchio, che comunque, in prossimità della porta resta sempre un po' aperto, viene infine completato con l'inserimento della lavagna (presente nello sgabuzzino del reparto fin dalla nascita del gruppo). Per ultimo poi, specie se qualche ospite era già presente in sala, si spegne la televisione (spesso con l'aiuto degli stessi utenti).

SPOI.

In SPOI la stanza messa a disposizione è la sala da pranzo.

Anche qui, dopo aver assistito alle consegne, fatto il giro del reparto ed essersi fatti

un'idea indicativa su quante persone parteciperanno al gruppo, gli Argonauti iniziano a preparare la stanza, spesso con l'aiuto di un ex utente, dimesso da anni, ma che con costanza continua ad accedere al gruppo volontariamente. Vengono piegate le tovaglie, avvicinati i tavoli ai muri e disposte le sedie. Ad eccezione dell'utilizzo della lavagna, che non ha mai caratterizzato il gruppo aperto (né quando avveniva in Day-Hospital, né ora che avviene in SPOI), il resto della preparazione del setting è uguale a quella seguita in SPDC: si dispongono le sedie, in cerchio, in un numero verosimilmente sufficiente per accogliere tutti ed anche chi deciderà di aggiungersi in itinere.

Tempistiche

SPDC.

Considerando i ritmi del reparto (le consegne dei medici, quelle degli infermieri e le pause sigaretta per gli utenti, previste alle "mezza") i gruppi, indicativamente, iniziano alle "14:45" (orario di fine della pausa sigaretta) e durano fino alle "15:30".

I tre quarti d'ora del colloquio in SPDC vengono più ferreamente rispettati perché ci sono ritmi/*routines* del reparto più rigidi: adattandosi al contesto gli Argonauti rispettano il diritto degli utenti e verso le "15:25" tendono ad indirizzare il colloquio verso la conclusione, prevenendo un'eventuale brusca interruzione dei discorsi oltre ad un calo dell'attenzione e della partecipazione al confronto. Con stupore, alle volte, la durata del colloquio non si ferma a 45 minuti ma, su interesse manifestato dagli stessi utenti, prosegue un poco oltre.

SPOI.

In SPOI le tempistiche indicativamente sono come quelle descritte per il reparto SPDC, se non che, grazie ad un clima un po' meno serrato, è più raro che gli ospiti escano per la pausa ed è quindi più frequente che il grup-

po duri circa un'ora, favorendo una più naturale evoluzione e conclusione del colloquio.

Svolgimento

Quando si pensa che, verosimilmente, tutti i membri siano presenti nel cerchio, in SPOI come in SPDC, si inizia il gruppo dando il benvenuto ai vari membri, rilevando e riconoscendo eventuali utenti che hanno già partecipato ad un colloquio, ringraziando per aver scelto di partecipare al colloquio e spiegando brevemente ai nuovi utenti come sarà articolato l'incontro.

Si procede quindi con le presentazioni.

Primo fra tutti viene presentato proprio il "gruppo": l'Argonauta di turno, che farà da conduttore, spiega che il colloquio è un momento per loro, della durata di 45 minuti circa, in cui hanno la possibilità di parlare e confrontarsi su quello che più li sta toccando in quel momento. In merito al colloquio ne vengono condivise le "regole" (o indicazioni): agli utenti viene esplicitato che, così come hanno *liberamente* scelto di partecipare al gruppo, sono anche liberi di cambiare idea ed in caso uscire dalla stanza (e rientrare) quando preferiscono. Viene anche spiegato che *non c'è l'obbligo* di parlare, possono anche "solo" ascoltare (Giordano e Curino, 2013), e che non c'è un argomento prestabilito: chiunque, se vorrà, *potrà proporre* un argomento di cui parlare. L'ultima regola presentata riguarda il rispetto dei *turni di comunicazione*: viene chiesto di rispettarsi a vicenda e di non accavallarsi con le voci, al fine di garantire lo spazio e l'ascolto di tutti. Già con questi primi interventi si viene a delineare una dimensione di gruppo: gli utenti partecipanti sono accomunati dalla condivisione di uno stesso spazio, con uguali indicazioni e libertà, aspetti che concorrono alla creazione di un senso di appartenenza (spesso differente dall'esperienza comune di queste persone che, anche all'interno della loro famiglia, vivono isolate) ed anche di *agency*

(anche questo spesso carente, in persone che hanno il vissuto di dover dipendere da dottori, farmaci, famigliari). Dopodiché, per incrementare un clima di unione e di condivisione, si procede con le presentazioni dei membri del gruppo: per primi, i due Argonauti dicono il loro *nome* e poi, a giro, invitano tutti (utenti, così come eventuali specializzandi, medici, infermieri o OSS presenti al gruppo) a dire il proprio nome. Questa fase, spesso accolta con stupore, aiuta a porre l'attenzione sulle *identità* dei singoli membri che partecipano al gruppo. Nel frattempo, tutti i nomi dei partecipanti vengono annotati: in SPDC, dove appunto è di prassi l'utilizzo della lavagna, l'Argonauta che non conduce il colloquio vi segna sopra i nomi, anche a mo' di riconoscimento. In SPOI, dove la lavagna non è prevista, gli Argonauti si segnano i nomi dei partecipanti su un foglio, sul quale verranno presi anche appunti in merito ai contenuti del colloquio.

Si inizia poi con la richiesta degli argomenti, fase in cui vengono raccolte le proposte e rilevati eventuali interessi comuni, per poi concludere o con la scelta del tema comune a tutti, oppure con la proposta, da parte degli Argonauti, di un ampliamento del tema maggiormente condiviso, al fine di coinvolgere quanti più ospiti possibili.

Iniziano quindi le condivisioni di narrazioni, vissuti raccontati e al contempo ascoltati nei loro diversi aspetti (Arnkil e Seikkula, 2016): viene posta attenzione alla comunicazione verbale, a quella non verbale, al livello di contenuto ma anche a quello di relazione, così come ai bisogni e alle emozioni che, tramite le diverse comunicazioni condivise, possono essere espressi. A tal proposito, un aspetto importate nella conduzione è la co-conduzione (Giordano e Curino, 2013): in genere un Argonauta (a libera scelta fra la coppia) conduce il colloquio con fiducia nei confronti dei membri,

con curiosità ed anche capacità di stare nell'incertezza (Yalom, 1974). Al contempo contiene e guida i turni di parola con timing (Boscolo e Bertrando, 1993), accoglie e gira il quesito di un membro all'intero gruppo per favorire la riflessione e l'espressione di quanti si sentono di parlare, stimola la condivisione e la risonanza di perplessità, disagi, ecc., ne favorisce la consapevolezza (Di Maria e Lo Verso, 1995), la legittimazione, al bisogno perturba il gruppo introducendo un punto di vista alternativo, ponendo domande (circolari, riflessive, ecc., Tomm, 1987), introduce ipotesi, guida verso una ri-narrazione dei vissuti (White, 1992), elabora metafore (Casula, 2016) (per questo aspetto si rimanda al contributo della Dr.ssa Brancati) al fine di rendere il tema più fruibile per tutti e più coinvolgente/stimolante possibile, riconosce i contributi, li rinforza/favorisce il rinforzo reciproco fra utenti, evidenzia proposte ed orienta il colloquio verso la conclusione.

SPDC.

Il co-conduttore, dal canto suo, in SPDC riporta sulla lavagna il titolo dell'argomento scelto e, a seguire, sotto forma di parole chiave, vi riporta anche i vari contributi, sia in merito alla descrizione del disagio che alle strategie/alternative emerse durante il colloquio. L'utilizzo della lavagna, ereditato dalla gestione di tipo cognitivo-comportamentale, non solo permette agli Argonauti di rimandare immediatamente agli utenti che il loro vissuto è degno di attenzione ed ascolto, ma permette anche di rispecchiare il contributo degli utenti condividendo il linguaggio (favorendo una maggiore *compliance*). Oltre a gestire la lavagna, il co-conduttore, in stile sistemico, può ovviamente contribuire al colloquio anche verbalmente, supportando il contributo del conduttore ed evidenziando aspetti magari passati inosservati ma manifestati (ad es.

non verbalmente) da altri membri del gruppo.

SPOI.

In SPOI il co-conduttore svolge lo stesso ruolo che in SPDC ma, anziché utilizzare la lavagna, annota il contributo dei singoli membri su un foglio che viene poi conservato assieme al verbale del colloquio in questione. La funzione del co-conduttore, ad eccezione della gestione della lavagna, rimane quella di collaborare col conduttore e con l'intero gruppo, condividendo anche i suoi punti di vista.

In SPDC come in SPOI, coerentemente con la cornice sistemica di riferimento, gli Argonauti non guidano i colloqui al fine di educare gli utenti: per gli Argonauti il gruppo è l'esperto (Anderson, Goolishian, 1998). Coerentemente con questa premessa, gli Argonauti si avvicinano al gruppo con uno stile quasi *maieutico*: profondamente consapevoli del fatto che i migliori conoscitori delle dinamiche del disagio trattato sono gli stessi pazienti, gli Argonauti, tramite il gruppo, cercano di stimolare gli utenti a prendere maggior consapevolezza dei loro vissuti, delle loro emozioni (precedenti al ricovero, del presente e collegate al pensiero del rientro a casa), dei disagi per loro più significativi, dei campanelli d'allarme, dei limiti incontrati, delle risorse già sperimentate e di quelle attivabili. Anche in questa fase spesso viene utilizzata una metafora, possibilmente quella utilizzata in itinere, al fine di restituire al gruppo una rielaborazione contenete quanti più contributi possibili di quelli forniti durante il colloquio, e permettere così, ad ogni membro, di rispecchiarsi in un pezzetto della metafora e poterlo portar via con sé (Giordano e Curino, 2013).

In fase conclusiva gli Argonauti ringraziano tutti i componenti del gruppo per la loro diversa ma significativa partecipazione e, anche in funzione dell'*agency* riconosciuta ad ognuno di loro, chiedono agli utenti il favore

di compilare un questionario di gradimento, anonimo. Sulla base d'essi gli Argonauti ottengono ulteriori informazioni, sulle quali orientare i propri passi futuri nella conduzione dei gruppi.

Conclusioni

Nella loro breve esperienza di conduzione di gruppi con pazienti psichiatrici, gli Argonauti hanno cercato di offrire, a *tutti* gli utenti incontrati, la possibilità di scegliere (*agency*) se sfruttare uno spazio ed un tempo per loro, al quale accedere non come un rimedio "contro la noia" (Fasolo, 2006) ma neanche come ricettario magico per uscire dalla sofferenza. La potenzialità terapeutica dei gruppi nei reparti sopraccitati, consiste nella possibilità di vivere, nel qui ed ora, un momento di dialogo aperto e di confronto sul proprio vissuto emotivo, al fine di poterlo vedere e rinarrare diversamente se/per quanto l'utente si sente di allontanarsi dalle proprie lenti precedenti (Ganda, 2001). L'intento degli Argonauti è quindi quello di proseguire con il servizio svolto finora anche se, coerentemente con Foulkes e altri contributi sopraccitati, specie di fronte a situazioni *revolving door* ma non solo, percepiscono la mancanza di un canale comunicativo con gli altri anelli <<della lunga catena>> (p.39 in Di Maria e Lo Verso, 1995). Vi è quindi l'auspicio di poter al più presto collegare l'intervento del gruppo vissuto in reparto con altri servizi sul territorio che favoriscano e supportino il prolungamento della perturbazione (Maturana e Varela, 2001) nell'intero sistema di riferimento (Seikkula e Arnkil, 2016).

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. (1998). Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico. In S. McNamee & K. Gergen, *La terapia come costruzione sociale*. (1th ed., pp. 39-54). Milano: Franco Angeli.

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bertrando, P., Boscolo, L. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Boringhieri.
- Bruschi, G., Castelli, C., Morini, M., Ravasini, A., Torsello, A. (2015). Gruppo, sistema, inter-soggettività: la mente caleidoscopio. *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*. 19-31.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità, *Ecologia della Mente*. 5, 29-41.
- Di Maria, F., Lo Verso, G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi*. Cortina: Milano.
- Fasolo, F. (2006). Conclusioni. In Sparvoli, M., Di Massimo, S., a cura di, *Lo psicologo nel SPDC*. Alpes: Roma.
- Ganda, G. (2001). La sistemica e i gruppi: un'esperienza, *Connessioni*. 9, 53-68.
- Gardoni, V. (2014). La terapia di gruppo in Spdc: verso un'integrazione fra il modello sistemico e il modello cognitivo – comportamentale. *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*. 1, 17-30.
- Giordano, C., Curino, M.G. (2013). *Terapia sistemica di gruppo*. Alpes: Roma.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*.
- Hamburg, D.A. (1963). Emotions in Perspective of Human Evolution. In: Yalom, I.D., a cura di, *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Boringhieri: Torino, (1974, pp 33-34).
- Kernberg, O.F. (1999). *Le relazioni nei gruppi*. Cortina: Milano.
- Maturana, H., Varela, F. (2001). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Padova: Marsilio.
- Perini, M. (2015). Tempi e spazi in psichiatria. *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*. 93-100.
- Restori, A. (2014). L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato. *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*. 1, 7-16.
- Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2016). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Erickson: Trento.
- Tomm, K. (1987). Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive? *Family Process*. 27: 1-15-1988 in *Il Bollettino*. 1994, 24.
- Yalom, I. (1974). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Boringhieri: Torino.
- Von Foerster, H. (1985). La sfida della complessità. In: Bocchi G. e Ceruti M., a cura di, *Cibernetica ed epistemologia: storia e prospettive*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio: Roma.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Astrolabio: Roma.

Dall'incontro di storie alla storia che incontra. La metafora nel gruppo SPDC

Tiziana Brancati¹⁶

La metafora. Fenomenologia e funzioni

“Metafore.”

“Che... Che sarebbe?”

“Le metafore? Beh, le metafore... Come dirti... É quando parli di una cosa paragonandola a un'altra.”

“E che è una cosa che si usa nella poesia?”

“Sì, anche.”

“Per esempio?”

“Per esempio quando dici “Il cielo piange”... Che cosa vuoi dire?”

“Che sta piovendo!”

“Sì bravo, questa è una metafora.”

“Allora è semplice! E perché ha questo nome così complicato?”

(Il Postino)

Etimologicamente, la parola *metafora* fa riferimento ad una struttura che connette. Dal greco *“metaphèrein”* (trasportare, portare al di là) è una figura retorica, un tropo linguistico che sostituisce un termine proprio con uno figurato, in seguito ad una trasposizione di immagini (Devoto Oli, 2002). Lo sviluppo storico della metafora la vede elevata da abbellimento retorico, in quanto usata nel linguaggio poetico e narrativo per esaltarne la carica espressiva, a forma di pensiero e strumento per categorizzare le nostre esperienze. All'interno di questo cambio di prospettiva, di particolare rilevanza è stato il contributo di John Lakoff e Mark Johnson (1980), due filosofi statunitensi, che a partire da un'indagine su metafora e quotidianità evidenziano come questa figura retorica non sia specifica del

linguaggio letterario ma sia ampiamente diffusa nel linguaggio quotidiano permeando il pensiero e l'azione.

All'interno dell'ottica della complessità, dove la “realtà” può essere considerata come un'incessante costruzione di significati, la metafora diviene uno strumento di comprensione della realtà stessa e di connessione di isomorfismi che generano la costruzione del mondo. Secondo Bateson essa non è solo una figura retorica ma “è di fatto la logica su cui è stato costruito il mondo biologico, è la principale caratteristica e la colla organizzativa del processo mentale” (Bateson, 1987, p.53).

Ne deriva un riconoscimento della metafora come una traccia della “mente interconnessa” che considera le cose non come unità separate ma come parti integranti di un tut-

¹⁶Tiziana Brancati, allieva III° anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata, tizianabrancati@live.it

to, e come strumento conoscitivo che viene utilizzato dall'essere umano per ampliare la conoscenza e i significati del proprio mondo interno ed esterno. I miti, le leggende, le parabole, le allegorie, le fiabe e tutte le altre forme letterarie che usano il linguaggio figurato per trasmettere contenuti complessi, sono considerate delle metafore sia per la loro capacità di riferirsi in modo indiretto alla cosa considerata sia per il loro potere evocativo.

“L'operazione che la metafora compie è quella di spezzare le nostre categorie logiche attraverso un messaggio paradossale, interrompere il nostro abituale modo di classificare la realtà e aprirci verso le altre possibili descrizioni del mondo. La sua funzione è quella di dire cose nuove, di trasformare il senso delle cose, di rivelare analogie e relazioni non ancora codificate, di istituire un diverso rapporto con la realtà, ridescrivendola” (Malagoli Togliatti, 2001, p.200).

La metafora proprio in forza del suo “dire qualcosa in luogo di qualcos'altro”, costituisce una forma espressiva del pensiero creativo che, avvalendosi dell'intuizione, dell'immaginazione e dell'utilizzo del linguaggio figurato, si pone come importante strumento per riorganizzare le strutture percettive e concettuali degli individui. Essa si configura, dunque, come strumento elettivo di evoluzione e creatività, capace di apportare un continuo dinamismo alle strutture del pensiero. Rispetto alle altre forme metaforiche, parlare di metafora intesa come racconto, si intende quella forma di comunicazione indiretta volta ad inviare messaggi multipli sia alla parte conscia sia alla parte inconscia di chi ascolta. E' possibile individuare in essa due diversi livelli tra loro interconnessi e interagenti: un livello più superficiale caratterizzato dalla storia esplicita che, con i suoi contenuti (personaggi, eventi, azioni), ha la funzione di ristrutturare esperienze negative attraverso l'offerta

di esperienze positive o di proporre spunti di riflessione come fonte di apprendimento; e un livello più profondo caratterizzato dall'utilizzo consapevole di un linguaggio particolarmente ricco di termini dalla forte carica simbolica, che, rivolgendosi alla parte inconscia, veicola significati impliciti e latenti presenti nella storia. Il racconto metaforico, dunque, grazie all'integrazione di dettagli significativi, di immagini creative, di simboli evocativi e alla presenza di surrogati di esperienze, fa sì che nel soggetto si attivi in modo inconsapevole una diminuzione dell'irrigidimento delle categorie concettuali, un'attenuazione della separazione tra interno ed esterno e un miglioramento della flessibilità funzionale. Attraverso queste operazioni, si riducono le resistenze verso la visione di nuove idee, si stimolano dubbi, si sollecitano pensieri nuovi e si promuove una varietà di risposte individuali (Casula, 2003). Una metafora ben narrata, strutturata in modo adeguato e presentata al momento giusto, stimola l'attenzione e l'immaginazione del soggetto spingendolo a considerare gli aspetti del problema attraverso un'altra prospettiva. E' possibile, quindi, configurare la metafora come uno strumento malleabile e dalle molteplici funzioni. Attraverso un linguaggio familiare e l'uso di esempi, casi concreti, aneddoti e polimorfismi è in grado, infatti, di relativizzare norme troppo rigide e di stuzzicare ciò che pretende di rimanere statico o immutabile; essa sensibilizza su valori, principi etici e virtù, veicolando anche quei principi e valori ritenuti importanti per il terapeuta presentati come virtù necessarie all'arte di vivere (Casula, 2003). Chi ascolta ha un atteggiamento ricettivo verso la storia, in quanto non si sente in alcun modo minacciato o inadeguato, in questo modo è possibile aggirare le resistenze del soggetto e iniziare un processo di esplorazione delle risorse interne utile per

promuovere un cambiamento. La metafora, dunque, funziona perché parla all'inconscio e usa un linguaggio universale. Essa stimola i processi creativi, aumentando la flessibilità in chi ascolta, poiché non offre delle verità assolute ma permette di individuare nuovi modi attraverso cui guardare le cose modificando il proprio bagaglio di convinzioni. La sua forza ed efficacia si caratterizzano per la capacità di aumentare nell'individuo la consapevolezza delle proprie potenzialità a partire da un processo di apprendimento

dei concetti che una volta rimasti impressi nella memoria dell'individuo, continuano a stimolare riflessioni, dubbi, e a creare effetti evolutivi; è altresì in grado di innescare un dinamismo creativo che, attraverso possibili connessioni tra pensieri, immagini e sentimenti, stimola riflessioni che conducono l'individuo verso aperture cognitive, emotive e comportamentali, permettendogli di superare limiti e convinzioni e incoraggiarlo al cambiamento (Ibidem).

La metafora nel gruppo SPDC

*E spesso una storia che parla di una chiocciola o di un albero
è anche una storia che parla di me
e allo stesso tempo una storia che parla di te.*

Ma il bello viene quando le storie sono messe una accanto all'altra.

(Gregory Bateson)

Da qualche anno all'interno del servizio SPDC di Parma si tengono incontri di gruppo facenti parte del progetto "Argonauti" a cui partecipano i pazienti ricoverati e gli operatori. Obiettivo dell'attività di gruppo è quello di costruire uno spazio di ascolto e dialogo dove poter esprimere i propri problemi e i propri disagi e dove accogliere e contenere quelle emozioni che non trovano un modo per essere assimilate. Uno spazio, dunque, dove poter guardare la propria sofferenza provando a restituirle un significato a partire da un processo circolare di co-costruzione di narrazioni in cui ogni membro ne prende parte attraverso un processo di mutuo rispecchiamento. Raccontare una storia è ri-presentare un'esperienza, è costruire la storia nel presente. Il passato viene recuperato in modo tale da suggerire l'esistenza di innumerevoli nuove possibilità, così da costruire nuovi scenari e una nuova storia (Anderson, Goolishian, 1998). Durante l'incontro di gruppo si percepisce il "passaggio da una mente indivi-

duale a una mente collettiva, gruppale, in cui le voci degli altri arricchiscono, fanno riflettere, creano movimenti e promuovono relazioni" (Gardoni, 2014, p.25). Sono "incontri" di storie diverse, di personalità diverse, accomunante dal loro malessere e dalla condivisione dello stesso ambiente. In un certo senso si costituisce come gruppo storico, in quanto non esisteva in precedenza e non sopravvive in quanto tale al termine della seduta. In verità una storia si costruisce, quella (del reparto) della cui memoria diventano depositari coloro che abitano tale luogo quotidianamente, o anche chi si ritrova ad attraversarlo nella propria vita percependone subito la sua identità. All'inizio dell'attività di gruppo, il terapeuta rappresenta la principale forza di coesione dei membri, in quanto i partecipanti stabiliscono interazioni reciproche sulla base della loro relazione comune con il terapeuta. Nell'ottica sistemica, il clinico, tanto quanto il paziente, fa parte del sistema di cura e mette in campo le proprie risorse e le pro-

prie premesse (Telfener, 2008). Attraverso un consapevole “dialogo con se stessi” è, quindi, possibile realizzare un distacco dalle proprie posizioni e pregiudizi interrogandosi su quelle reciproche per poter trovare delle “parole insieme” (Formenti, 2008). Il nostro compito all’interno del gruppo, è, dunque, quello di “assumere un atteggiamento curioso e neutrale verso i diversi punti di vista emergenti, fungendo da collante e connettendo per somiglianze e differenze le premesse di ogni membro del gruppo ai vari livelli del sistema di cura” (Di Donfrancesco et al. 2009, p. 90). In tal senso, assumiamo attivamente il ruolo di osservatore partecipe che co-costruisce un’identità collettiva di gruppo. All’interno del gruppo SPDC agiamo come facilitatori e sostenitori dei membri che vi partecipano, offrendo loro nuovi strumenti attraverso i quali poter pensare che esistano altre strade, altre soluzioni verso quelle situazioni gravemente compromesse dalla sofferenza. Siamo dei catalizzatori di scambi comunicativi fra i membri; favoriamo l’uscita delle emozioni, la curiosità, l’accettazione dell’altro, mediamo tra le discussioni, favoriamo gli scambi di gruppo attraverso specifiche strategie e il rispetto delle regole (poche, ma essenziali). La nostra sfida, dunque, è quella di accogliere, co-costruire e gestire la complessità, attraverso un atteggiamento curioso, creativo ed irriverente che ci permette di privilegiare quanto accade nella relazione senza mai dimenticare di osservare noi stessi all’interno della relazione stessa con il gruppo. L’attività dei gruppi SPDC si svolge in continuità con il modello cognitivo-comportamentale, da tempo adottato nel reparto nella conduzione degli incontri di gruppo. L’inclusione di saperi diversi ci traghetta all’interno delle nostre premesse epistemologiche, e quindi nell’assunzione di un atteggiamento inclusivo meta-contestuale cui fa da sfondo l’imperativo di Von Foerster (2001) secon-

do cui bisogna sempre operare “in maniera da aumentare il numero delle scelte possibili”, in cui la possibilità di scelta coincide con una maggiore libertà d’azione, quindi con la possibilità di apprendere e cambiare (Giordano, Curino, 2013). L’integrazione di differenti modelli teorici ci consente, quindi, di accogliere la complessità e di agire nei contesti in cui operiamo in maniera più funzionale. Queste premesse supportano la nostra scelta di utilizzare la tecnica della metafora come risorsa supplementare al nostro processo di integrazione. La metafora è uno strumento dalle incredibili potenzialità, non solo espressive ma anche interpretative e trasformative con un profilo variegato in quanto a implicazioni e funzioni.

Essa “permette al sistema di modificare la propria organizzazione senza stravolgere l’identità di struttura. La metafora avvicina il mondo della cognizione, della logica, al mondo delle emozioni, delle sensazioni, al corpo (...); la metafora “porta oltre”, letteralmente infatti significa: Meta (sopra) phorein (trasportare da un posto all’altro) (Restori, 2014). L’idea di partenza che ci fa credere nel valore e nelle potenzialità di questo strumento e nel suo utilizzo all’interno delle attività di gruppo, è che se da una parte ci consente di esprimere realtà complesse in termini facilmente comprensibili, in cui l’eterogeneità dei pazienti è da considerarsi un valore aggiunto che permette di comunicare superando le barriere del disagio emotivo, dall’altra crea possibili narrazioni riguardanti aspetti di sé della persona, di frammenti di vicissitudini della sua vita, recuperando, inoltre, la struttura profonda del significato del disagio e della sua sofferenza, all’interno di un’unica storia, carica di suggestioni, secondo una determinata processualità. Ciò stimolerebbe l’attività riflessiva presentando modi diversi di pensare e possibilità di agire grazie alla

funzione propria della metafora di parlare di una cosa nei termini di un'altra. La metafora, infatti, veicola messaggi in maniera indiretta bypassando le censure del paziente, lasciando un segno nella sua mente e trasmettendo un significato velato che è libero di intendere e derivare come meglio si addice alle proprie esigenze. In questo modo la persona può ridefinire il problema stesso e rinarrare la propria storia orientandosi su possibili prospettive di cambiamento rispetto alle modalità in cui è vissuto. L'elevato grado di familiarità relazionale presente all'interno di una storia o di un racconto metaforico, costituisce un elemento fondamentale per poter attrarre l'interesse di persone di ogni età, grazie alla capacità delle immagini contenute nella storia di abbracciare situazioni più ampie; in questo modo è possibile applicarle a soggetti con età ed esperienze di vita diverse, ma nello stesso tempo abbastanza personali da suscitare risposte individuali dirette (Giusti, Ciotta, 2005). Raccontare una metafora crea vicinanza, una parentesi di confidenza tra noi e il gruppo. E' bene, quindi, attenzionarne sempre la ricettività per meglio comprenderne la disposizione ad entrare in quella particolare dimensione analogica, simbolica, e metaforica che appunto offre la metafora. All'interno dell'attività di gruppo siamo soliti intervenire utilizzando aneddoti, citazioni, aforismi, parole chiave, brevi storie metaforiche. Poiché nel gruppo vige una causalità multipla di tipo circolare secondo la quale ogni evento può essere provocato da numerosi fattori nell'hic et nunc o da fattori precedenti, l'utilizzo degli strumenti metaforici avviene in circostanze non pre-stabilite e non definite all'interno del gruppo ma attraverso un'attenta e consapevole osservazione del movimento delle narrazioni, delle relazioni e delle emozioni che circolano tra i membri del gruppo e nel gruppo e dal tipo di obiettivo che vogliamo raggiungere

con il nostro intervento. Uno degli aspetti cui bisogna prestare attenzione è l'uso del tempo, nostro e del gruppo, valutandolo come qualcosa di estremamente prezioso che va utilizzato al meglio. Poiché il tempo a disposizione per lo svolgimento dell'attività di gruppo è un tempo sintetizzato, e quindi un vincolo di cui tenere conto, l'utilizzo della metafora migliora la nostra azione di intervento in quanto permette di semplificare anche i concetti più complessi condensando gli elementi essenziali delle narrazioni in un'unica rappresentazione densa di significato, e attraverso un linguaggio semplice e familiare si rende di facile accesso alla comprensione del gruppo. Nel gruppo SPDC risuona spesso un clima di intensa emotività che deriva dall'incontro di narrazioni di sofferenza, disagio, incertezza, difficoltà che sembrano insormontabili. Non rientra nel nostro ruolo poter intervenire in modo diretto dispensando consigli o prescrizioni o sostituirci a loro secondo i nostri stili e le nostre strategie, ma è nostro compito aiutarli a ridefinire o a riproporzionare ciò che li affligge ridando, così, una giusta dimensione all'evento. In questi casi, la metafora ci è di valido aiuto perché offre stimoli, idee, scenari e suggestioni che includono diverse alternative, diversi scenari di possibilità e modi differenti di reagire alle difficoltà. All'interno del ventaglio di scelta, la persona non viene esposta ad alcun rischio di fallimento, in quanto sono tutte plausibili e qualsiasi cosa venga scelta va bene. La metafora, inoltre, non attacca direttamente il "problema" né le difese delle persone, ma parla all'inconscio attraverso un linguaggio universale, semplice e familiare. In questo modo il gruppo, mosso già da quella curiosità che in sé stimola il racconto metaforico, si predispone all'ascolto, lasciandosi trasportare da quella forza suggestiva che il linguaggio figurato richiama attraverso la stimolazione dell'immaginazione creativa.

Attraverso il linguaggio indiretto delle suggestioni metaforiche, è, dunque, possibile cogliere diversi livelli di messaggi indiretti che consentono di operare connessioni ed elaborazioni creative, e di superare o quantomeno ridimensionare quel sistema di convinzioni limitanti che ne ostacolano pensieri e modi di agire. Non meno frequenti sono i sentimenti di sfiducia, dubbi, rimuginazioni in cui si crede di non avere possibilità di uscita. In questi casi, attraverso la metafora è possibile dare una forma figurata al “problema” in modo da creare una distanza critica tra il soggetto e la sua situazione. Lo “spostamento” di territorio cognitivo operato dalla metafora offre, dunque, la possibilità di mettere “tra parentesi” la cruda oggettività e di muoversi su un campo libero, non condizionato da impedimenti reali, in cui la ricerca associativa inconscia, l'intuizione e la fantasia, operano per ridurre quell'irrigidimento delle categorie concettuali, in maniera tale da poter suggerire possibili strategie di raggiungimento degli obiettivi grazie alla ridefinizione dei rapporti tra gli elementi, che consentono di guardare il problema da diverse angolazioni possibili. L'utilizzo di citazioni, aneddoti e aforismi è piuttosto vario quanto frequente. Tornano utili in quelle circostanze in cui intendiamo evidenziare una sfumatura o instillare un dubbio sul valore universale dei concetti esposti, per rinforzare l'argomento che si sta trattando, per spiazare un argomento capovolgendone il paradigma; oppure ancora quando intendiamo alleggerire uno stato di tensione, per richiamare il coinvolgimento del gruppo o per incoraggiarne spunti di riflessione attorno all'argomento di discussione.

Uno dei nostri compiti all'interno del gruppo è quello di organizzare le nuove informazioni che via via confluiscono dalle rispettive narrazioni, ad amalgamarle in modo coerente con le precedenti e creare quella risonanza emotiva indispensabile per orga-

nizzare quanto si sta apprendendo. L'introduzione di parole chiave ci dà la possibilità, in questi casi, di sottolineare i punti salienti delle argomentazioni e di renderli facilmente disponibili in chi ascolta, poiché si fissano in maniera immediata e duratura grazie all'attivazione di quel pensiero creativo che porta alla creazione di associazioni molto forti. Quando costruiamo una storia o un racconto metaforico siamo attenti nell'inserire messaggi strategici che non entrino in dissonanza cognitiva con le convinzioni di chi l'ascolta, ma ne smuovano l'emotività dando inizio a un processo interno di ricerca di senso e di desiderio di cambiare. Da non sottovalutare è l'uso del linguaggio; deve essere semplice e vicino al modo di esprimersi di chi ci ascolta e deve rispecchiare la nostra sintonizzazione empatica con gli eventi narrati. Anche il tono della nostra voce riveste una grande importanza, dobbiamo, infatti, riconoscere quando deve essere emotivo, accogliente e avvolgente e quando, invece, stimolante, esortativo e confortante. E', dunque, fondamentale il nostro coinvolgimento, il nostro “identificarci con la storia”.

Il racconto metaforico costituisce un mezzo potente per veicolare messaggi multipli e contemporaneamente diversi a tutti i membri del gruppo, parlando simultaneamente a ognuno e alla sua peculiare “problematività”. E', dunque, nostra responsabilità inserire all'interno della metafora diverse possibili soluzioni in modo che la persona possa vagliare le diverse opzioni e scegliere quelle più congruenti alla sua particolare situazione.

In genere, non adattiamo storie prese in prestito da diverse letterature e mitologie, ma sono arrangiamenti, collage di metafore che impariamo a costruire *ad hoc*, a partire dagli elementi che confluiscono dalle narrazioni, dalle emozioni e dalle suggestioni che risuonano all'interno del gruppo, lasciando-

ci guidare dal nostro pensiero creativo e dalle nostre intuizioni.

Le metafore che costruiamo sono per lo più generiche e con pochi dettagli, in modo da lasciare liberi di creare le proprie associazioni, di cogliere l'opportunità di identificarsi nei personaggi della storia e di rispondere ognuno secondo la propria storia di riferimento. Dunque, la nostra scelta di adottare una genericità linguistica e contenutistica, sposta l'attenzione sul processo, sugli elementi essenziali della storia e può contribuire a far aumentare la significatività del messaggio stesso; in questo modo, chi ascolta deve riempire i vuoti con la propria immaginazione e la propria personale ricerca di significato associato. Tendiamo, invece, a ricercare una modalità più attenta ai dettagli solo quando la precisione serve per togliere l'ambiguità e a non consentire al soggetto di aggiungere le sue interpretazioni.

Il nostro obiettivo, attraverso l'uso della metafora, "non è quello di servire un pesce pescato, pulito e cucinato ma di insegnare a pescare" (Casula, 2013). Sarà sempre e solo il soggetto a trovare quella soluzione adatta e congeniale al suo sistema di personalità, secondo i suoi valori, i suoi tempi e quelle che ritiene essere le sue convenienze.

Attraverso la metafora sia il terapeuta che il gruppo vengono catapultati con sinergia all'interno di una dimensione metaforica in cui domina l'emotività, una dimensione in cui al posto della monotona logica lineare prevale il disordine creativo, l'indeterminatezza dell'imprevisto.

Ciò avviene perché la conoscenza derivante dalla metafora è quella dell'*insight*, dell'intuizione, in cui tutto è contemporaneamente una parte e un tutto. "Nel parlare per metafore il terapeuta reinventa il processo di gruppo e la dinamica individuale, elabora diverse esperienze di riferimento, ristruttura

e amplifica significati e infine propone soluzioni inusitate, impensate, sorprendenti, magari anche un po' magiche" (Casula, 2013, p.76). Allora il terapeuta grazie alla metafora "scopre la sua vena poetica, attraverso la quale entra in contatto con quella dei partecipanti intrecciando dialoghi tra incontri creativi e risolutivi" (Casula, 2013, p.77). Nostro intento, dunque, attraverso la metafora, è di cercare di aprire la mente, dare spazio ai desideri e concedere diritto di cittadinanza a speranze e progetti, fornendo la possibilità di sperimentare a livello dell'immaginazione cosa succederebbe se i nostri desideri e le nostre speranze si trasformassero in progetti da realizzare nei tempi e nei modi opportuni.

Conclusioni

Attraverso il presente elaborato è stato possibile tracciare una visione della metafora nel lavoro con i gruppi, il cui impiego, nelle sue svariate forme, comporta per noi la possibilità di scegliere tra più alternative e una maggiore libertà d'azione all'interno dello spazio gruppale. La metafora va, però, proposta con cautela, osservando e valutando con attenzione e consapevolezza il clima di partecipazione e di profonda ricettività presente nel gruppo. L'utilizzo dello strumento metaforico ci investe, inoltre, di una saggezza semplice e leggera, di una creatività affabulatrice che ci invita a liberarci da "vincoli accademici" per poter agire con una maggiore flessibilità ed anche con un po' di irriverente creatività rispetto al nostro ruolo.

Utilizzare la metafora all'interno del gruppo significa promuovere nuove connessioni che introducano nuovi punti di vista e differenti prospettive rispetto ai propri vissuti di sofferenza.

In tal senso, la metafora si costituisce come una lente di ingrandimento o tante lenti per tante paia di occhiali che permette di

vedere le cose in maniera amplificata, rendendo il messaggio veicolato più potente e ricco di significati diversi e introducendo un cambiamento di prospettiva che offre una maggiore possibilità di scelta circa il modo di percepire e di agire nel mondo. La metafora, dunque, consente di ridefinire le esperienze di sofferenza vissute e di rinarrare la propria storia orientandosi su possibili prospettive di cambiamento rispetto ai correlati sistemici della propria personalità all'interno di uno spazio grupppale di deuterio-apprendimento.

La metafora ci consente, inoltre, di accompagnare il gruppo dallo stato del "problema" ad uno stato desiderato, attraverso la costruzione di esperienze vicarie di riferimento e di insegnamento che permettono di collegare il problema a probabili scenari di soluzioni e progettualità evolutive, consentendo, così, di riconoscere tempestivamente gli eventi problematici e gli strumenti attraverso cui riproporzionare gli eventi stessi per reagirvi in maniera più adeguata.

Bibliografia

- Anderson H., Goolishian H., (1998), Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico, in McNamee S. et al, La terapia come costruzione sociale, Franco Angeli, Milano.
- Bateson G., Bateson M C., (1987), Dove gli angeli esitano, Adelphi, Milano, pp.53
- Casula C., (2003), Giardinieri, principesse e porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale, Franco Angeli, Milano.
- Casula C., (2003), I porcospini di Schopenhauer. Come progettare e condurre un gruppo di formazione di adulti, Franco Angeli, Milano.
- Devoto G., Oli G. C., (2002), Il dizionario della lingua italiana, Le Monnier, Milano.
- Di Donfrancesco A., Miola C., Mosconi A., Benedetta S., (2009), Psicoeducazione sistemica con pazienti psicotici: da strategia informativa a strategia riabilitativa, Terapia Familiare, 90, A.P.F.
- Formenti L., Caruso A., Gini D., (eds) (2008), Il diciottesimo cammello. Cornici sistemiche per il Counselling, Raffaello Cortina, Milano.
- Gardoni V., (2014), La terapia di gruppo in SPDC: verso un'integrazione fra il modello Sistemico e il modello Cognitivo-comportamentale, Cambia-menti, 1, 24.
- Giordano C., Curino M.G., (2013), Terapia sistemica di gruppo, Alpes, Roma.
- Giusti E., Ciotta A., (2005), Metafore nelle relazioni d'aiuto e nei settori formativi, So-vera, Roma.
- Lakoff G., Johnson M., (1980), Metaphors we live by, University of Chicago Press, Chicago.
- Malagoli Togliatti M., (2001), Bateson, le mappe e le metafore, p.200, in Cotugno A., Di Cesare G., Territorio Bateson, Meltemi, Roma.
- Restori A., (2014), L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato, Cambia-menti, 1, 7-16.
- Telfener U., (2008), Riflessioni sulla terapia individuale sistemica, Connessioni, 20, 28-52.
- Von Foerster H., (2001), La verità è un'invenzione di un bugiardo. Colloqui per gli scettici, Meltemi, Roma.

Un contrappunto sistemico: la co-conduzione nel gruppo SPOI di Parma

Serena Riboni, Andrea Torsello,¹⁷

1. Introduzione

Secondo Cirillo (1990) la relazione d'aiuto può perseguire obiettivi di prevenzione del disagio e di recupero della salute anziché di riparazione del danno già diagnosticato e conclamato, questo è proprio quanto promosso dal gruppo SPOI. Inoltre in tale contesto "il terapeuta viene definito operatore proprio ad indicare che non è dato per scontato che esistano gli elementi contestuali per una relazione di tipo psicoterapeutico (...)" (Togliatti, Telfener, 1991, 2010). Da ciò è stato possibile apprezzare come il contesto istituzionale psichiatrico ospedaliero consta di numerosi vincoli culturali, sanitari ed etici che rendono l'operatività al suo interno molto articolata basata su processi di prima cibernetica, secondo un tempo diacronico che non può includere quell'approfondimento relazionale adeguato allo stato di crisi dell'utenza. In questo precario equilibrio tra istanze, o pregiudizi, il terapeuta-operatore deve garantire una flessibilità eticamente responsabile per essere agente attivo nel suo mandato. Coltivare l'incertezza clinica rispetto agli strumenti e alle tecniche acquisite concede un margine riflessivo e operativo in cui sperimentare e monitorare nuove idee processuali di cura per sofferenze riunibili in diagnosi, ma estremamente cangianti sotto un punto di vista narrativo ed esperienziale. Incertezza clinica, irriverenza significano mantenere aperto un dialogo sia con l'équipe sia con i pazienti, cercando di rispettare il punto

di vista dei diversi sistemi in cui si è inclusi e di cui avviene un processo di osservazione, descrizione ed integrazione. L'irriverenza del terapeuta può anche essere trasmessa ai pazienti: essere irriverenti porta a dubitare che vi siano teorie e modelli in grado di esprimere la vera essenza del comportamento umano, così da conservare sempre la flessibilità necessaria a contrastare le limitazioni insite nelle descrizioni poste dai pazienti, dall'istituzione e dai suoi personali punti di vista. Nell'ambito dell'istituzione si può essere irriverenti verso un approccio nosografico così da aiutare i pazienti a considerare le diagnosi degli esperti come espressione di un punto di vista tra i molti possibili. Il lavoro nelle istituzioni deve condurre il sistema a vedere altri modi possibili di osservare una data situazione riuscendo così a cogliere i movimenti verso un possibile cambiamento globale dei sistemi interni ed esterni favorendo un ritorno ricorsivo sulle premesse che ne costituiscono il nerbo dell'epistemologia e della operatività.

2. Il modello IDIPSI nelle pratiche degli Argonauti

Il modello promosso dall'Istituto di Psicoterapia Integrata (IDIPSI) ha concesso l'addentrarsi in un processo autoriflessivo di computazione emotiva delle esperienze dirette o apprese indirettamente che riguardassero la clinica dei sistemi, sempre nella confortante, quanto consapevole, relazione

¹⁷Serena Riboni, psicologa psicoterapeuta. E-mail: serena.riboni@yahoo.it.
Andrea Torsello, assistente didatta IDIPSI. E-mail: drtorselloandrea@gmail.com.

con le mappe sistemiche fornite dal contesto IDIPSI alla équipe degli Argonauti e in particolare riferimento ai due membri psicologi, pionieri di questo intervento innovativo nel Servizio Psichiatrico di Parma. Sull'organizzazione del lavoro degli Argonauti, rimandiamo agli articoli che precedono questo lavoro. In merito al pregiudizio sistemico integrato possiamo ricordare un suo assioma fondativo, "è impossibile non essere in relazione", in quanto la relazione rappresenta quella idea di base al di fuori della quale non si trova alcunché (Bianciardi, 2008), quel fondamento ecologico che precede per antonomasia (Bateson, 1984; Bianciardi, 2008). Incontrare un individuo o un gruppo significa interagire con una complessità che afferma di esistere. Non in quanto tale, per l'appunto, ma una esistenza editata da altri, un esser-ci in una storia che precede e dona radici e immanenza. Tale definizione prepara il terreno all'intersoggettività che le neuroscienze sociali hanno puntualmente descritto nelle pagine della ricerca di base e che il modello IDIPSI ha saputo assimilare nello studio delle relazioni terapeutiche umane, sia sul piano della "normalità" che su quello della franca psicopatologia. Riprendendo le tesi suggestive promosse da Gallese (2003) nell'ambito neuro-scientifico sulla preminenza dello studio delle relazioni, il modello IDIPSI ha evidenziato il tratto sociale caratteristico della mente umana. La caratterizzazione dialogica della mente già messa in evidenza a partire da diversi studi svolti nei decenni passati nell'ambito della psicologia e sociologia dello sviluppo (Bateson, 1977; Trevarthen, 1998; Bråten, 1998) rappresenta, essenzialmente, la precondizione relazionale nel divenire evolutivo degli individui, che in comunità e in gruppi s'incontrano. In particolare, la scoperta dei neuroni specchio ha spiegato, e ancora oggi genera nuove argomentazioni, come il rispecchiamento tra individui avvenis-

se basilaramente a livello motorio seppure comprendesse inoltre, i processi percettivi ed emozionali sino a riguardare i processi d'identificazione e di empatia (Onnis, 2015). In tal senso il modello integrato IDIPSI ha introdotto nella pratica clinica il costrutto di simulazione incarnata proposto dalle neuroscienze ribadendo l'impossibilità di distinguere il pensiero dalla realtà biologica, lo spazio del "noi" dal divenire identitario e autorganizzato dell'individuo, le emozioni e l'arte immaginativa dalle costruzioni finalizzate del pensiero logico-causale. La costituzione dell'identità sé-altro e l'ipotesi di un sistema di molteplicità condivisa che rende possibile il riconoscimento degli altri umani come nostri simili, che promuove la comunicazione intersoggettiva, l'imitazione e l'attribuzione d'intenzioni agli altri, nonché la comprensione del significato delle sensazioni ed emozioni esperite dagli altri (Gallese, 2003), hanno concesso ai costrutti di "circularità" e l'ecologia un rinnovato spazio nella riflessione clinica. In tal modo la complessità, già ben presente alla base dell'approccio sistemico integrato, si è imposta al pensiero riduzionistico, non come un antagonista bensì come una compagna nel divenire dell'analisi delle relazioni identitarie individuali e comunitarie, nonché istituzionali. Un ulteriore concetto cardine nell'impianto epistemologico e operativo IDIPSI, la cui analisi è stata fondamentale per un addentrarsi sensibile e funzionale in un servizio ospedaliero, riguarda la definizione di "contesto". Potremmo enucleare così il pensiero in merito di Bateson (1976): il contesto è "la matrice dei significati". Ne consegue che senza un contesto non vi può essere né spiegazione né comprensione. Difatti comprendere un contesto in cui prende forma una storia, un vissuto relazionale, significa accogliere e scegliere, più o meno consapevolmente, particolari frames, oggetti e persone, promuovendo

connessioni (Restori, 2011). La concettualizzazione del costruito contesto nell'ottica sistemica, nutrito delle posizioni costruzioniste, è transmigrato progressivamente da una visione oggettivista della realtà ad una visione che interpreta il contesto come il sistema di narrazioni, premesse e rappresentazioni, più o meno co-costruite e condivise, mediante la quale individui, gruppi e comunità costruiscono la propria realtà relazionale. In questo senso il gruppo appare il contesto in cui le identità dei soggetti coinvolti sono costrette a regolarsi con nuove alterità e con nuovi rispecchiamenti, con conseguenti operazioni di assimilazione per mantenere coerenza identitaria e di accomodamento, per apportare le modifiche di relazione con il sé e con il mondo, nel crescere di complessità della persona. Comprendere quindi la natura di questa dinamica dialogica, significa essere consapevolmente presenti alla relazione (Restori, 2011; Arnkil e Seikkula, 2013). Avere a che fare con i gruppi in SPOI si traduce nell'approntare clinicamente un "contesto" all'accoglienza di un pluri-verso di sofferenze, di una moltitudine di esperienze e di un ventaglio potenzialmente infinito di significati. Integrare pertanto ha rappresentato un completamento in divenire, modulato sulla co-costruzione ricorsiva, di mondi identitari, esperienziali ed emotivi anche molto lontani a livello esperienziale. La consapevolezza di una posizione simile può condurre alla presa visione della incompletezza del terapeuta e del suo progredire, attraverso una curiosità rispettosa e un'attenzione etica (Cecchin, 1987), alla elaborazione di ogni realtà incontrata in un'ottica di integrazione del proprio vissuto, della propria identità e del proprio equilibrio (Moroni, Restori e Sbattella, 2012). Di frequente il modello IDIPSI ha portato la riflessione formativa e clinica sull'apprendimento di un pensiero complesso e laterale, definito come pro-

cesso abduittivo. Con abduzione si intende una condivisione di narrazioni emotivamente salienti che risultano pregnanti nel processo di gruppo; una transazione, una perturbazione dialogica ed analogica che consenta di ri-sperimentare una dimensione relazionale in un contesto protetto. Curiosità non giudicante e pensiero abduittivo facilitano l'emersione del disagio, in una spirale di significati e rispecchiamenti che possano condurre ad un'evoluzione condivisa verso modalità nuove di autoregolazione socio-affettiva e identitaria. Il terapeuta rappresenta una parte facilitante di tale processo, una voce interna ed esterna partecipante attraverso un agire clinico finalizzato a produrre un ampliamento delle possibilità di scelta nella percezione, nella descrizione e nell'agency degli individui che vi partecipano. Integrare e narrare, anche in forme simboliche (metafore, similitudini, ecc.) le esperienze in una modalità che consenta una storicizzazione di quel tempo vissuto (Minkowski, 1971) in un qui ed ora definito e costante, anche solo potenzialmente, sia nella discontinuità della sofferenza esperita sia nella transitorietà dei ricoveri.

3. Integrazione del modello IDIPSI con altri approcci terapeutici: "il modello delle polarità semantiche familiari"

Valeria Ugazio, psicoterapeuta sistemico-relazionale, ha sviluppato il concetto delle polarità semantiche familiari, intuizione che nel tempo ha potuto trovare spazio di riflessione anche nel modello Sistemico Integrato di Parma. Il modello teorico proposto da Ugazio "accoglie una concezione della psicopatologia connessa al significato, e alcune ipotesi sulle singole psicopatologie (in particolare quella fobica) di derivazione cognitivista" (Ugazio, 1998; pag. 12), mondo totalmente inesplorato dall'approccio comportamentista. Spunti interessanti arrivano dai costrutti personali di Kelly e dal costruzionismo sociale

che permettono un recupero di una peculiare attenzione nei confronti dell'individuo. Come sostiene Ugazio (1998, pag. 25): <Il costruzionismo sociale recupera quindi un interesse per l'individuo all'interno di quella concezione radicalmente interazionista della mente che è propria di Bateson, e che costituisce il nucleo centrale delle psicoterapie sistemiche familiari e individuali>. Alla base delle differenze di organizzazione di significato rintracciabili all'interno delle famiglie ritroviamo quindi il costruito di polarità semantiche familiari che prevede che < (...) la conversazione nella famiglia, come in ogni altro gruppo con storia, sia organizzata entro polarità di significato antagoniste del tipo giusto/ingiusto, buono/cattivo, chiuso/aperto, attraente/ripugnante. L'accezione (costruzionista) del concetto che propongo lo identifica con alcune proprietà della conversazione" (Ugazio, 1998; pag. 45)>. Le polarità semantiche familiari si connotano, quindi, come proprietà dei processi conversazionali e garantiscono l'intersoggettività e lo sviluppo di significati personali. Ogni membro della famiglia, all'interno di quel contesto conversazionale, è così chiamato ad "occupare" una particolare posizione, o *positioning*, rispetto alla semantica saliente e critica. Questo lo contraddistingue da tutti gli altri membri e può chiarirne la psicopatologia quando essa insorge. Il terapeuta è chiamato a contrastare quel processo di amplificazione della semantica critica, in quel particolare contesto conversazionale, che l'insorgenza della sintomatologia porta inevitabilmente con sé. Nonostante la terapia, nella fase iniziale, vada nella direzione di tale processo, in fasi successive e alternate propone al soggetto e alla famiglia la possibilità di esplorare semantiche differenti rendendole salienti rispetto a quella critica che ha portato all'esordio sintomatico (Ugazio, 1998; pagg. 286-287). In un primo momento il terapeuta "parlerà" lo stesso "linguaggio" del paziente e della famiglia che attinge alla semantica critica nel tentativo

di sintonizzarsi con quel mondo conversazionale e di instaurare una relazione terapeutica per poi, come appena menzionato, introdurre "linguaggi" differenti e attinenti a semantiche diverse. Il processo terapeutico si connota come una tessitura di punti di vista differenti e, all'interno di questo, la rilettura risulta un ribaltamento perturbativo di tipo percettivo, non cognitivo. Attraverso la discussione sui comportamenti (dato oggettivo) si agisce sulla percezione, foriera di emozioni, successivamente sarà potenzialmente possibile ed auspicabile un cambiamento dei significati (dato soggettivo) (Gandolfi, 2015). Questi processi di una visione e significati "altri" rispetto a quelli conosciuti dal soggetto e dalla famiglia permettono di intravedere nuove storie che, se accettabili e non eccessivamente dissonanti, potrebbero risultare anche possibili riuscendo così ad uscire dall'impasse tra storie permesse e storie proibite. Queste delicate operazioni sono state proposte anche nei gruppi SPOI come andremo successivamente ad esplorare. La co-conduzione ha richiesto un raffinato lavoro di accostamento e di sinergia tra i terapeuti impegnati nell'intervento per risultare utilizzabile ed utile per gli utenti del gruppo. I gruppi in SPOI hanno come tratto distintivo l'eterogeneità sia delle storie personali sia degli aspetti demografici e diagnostici: il gruppo entrava in stanza per la prima volta senza conoscersi, a parte qualche assiduo paziente, e il turn over era pressoché settimanale. Ugazio (1998) sottolinea come per il soggetto sia inevitabile non costruire un'identità soggettiva pregnante della polarità semantica predominante nel contesto di appartenenza. Nel caso dello SPOI il gruppo non si costituisce come "un contesto di appartenenza", nel senso di sangue o di nascita, ma "come intervallo di vita": i soggetti si trovavano nello stesso contesto perché portatori di difficoltà, che variavano dal picco dell'urgenza/emergenza alla presa in carico territoriale, e su queste il tentativo è stato quello di costruire nuove trame e signifi-

cati relazionali utili per la vita quotidiana “fuori dalla stanza” in uno spazio di tempo molto limitato. Le polarità semantiche sono risultate particolarmente utili, in modo trasversale, durante gli incontri allo scopo di coinvolgere i partecipanti, anche quelli meno propensi ad intervenire, polarizzando o assimilando le loro storie personali. Per un paziente-utente il fatto di sentire di avere storie a volte simili e altre volte completamente differenti ci permetteva ogni volta di imbastire, come mediatori, un campo conversazionale comune e proprio *nell'hic et nunc* si creava quel background di “appartenenza” mancante. Le storie narrate e vissute dagli altri utenti fungevano da potenti casse da risonanza della propria storia personale toccando le corde emotive che spesso venivano sedate. All'interno di questo nuovo gruppo l'identità del soggetto risultava neo-costruita e ancorata all'interno del provvisorio contesto conversazionale, qual era lo SPOI, e risultava necessariamente interdipendente dalle identità e dai movimenti relazionali degli altri membri del gruppo. La dimensione emotiva, che contraddistingueva il contesto conversazionale in questione e in quel particolare momento, veniva costantemente tenuto in forte considerazione durante la co-conduzione: molto spesso le emozioni non vengono espresse in maniera esplicita e/o verbalizzate dai pazienti poco partecipativi. Per tale motivo è di grande rilevanza tenere in considerazione tutti gli aspetti appartenenti al comportamento non verbale, utile chiave di accesso di intense emozioni spesso indecidibili in quel particolare contesto conversazionale.

4. Il connubio epistemologico e metodologico

Partendo dalla stessa matrice epistemologica, le differenze nelle tecniche e metodologie di conduzione tra approccio sistemico integrato e modello delle polarizzazioni semantiche (differenze che sarebbero potute diventare un ostacolo nella conduzione dei gruppi), si sono

rivelate delle risorse interessanti e utili in un contesto dove le storie narrate dai partecipanti erano così eterogenee tra loro. Inoltre, come scritto da Togliatti e Telfener (1991, 2010; pag. 68): <nell'ambito del servizio pubblico la domanda di aiuto che viene rivolta al terapeuta è estremamente eterogenea e può essere fatta da o per utenti di differente età e differente diagnosi clinica, provenienti da contesti socio-culturali assai differenti tra di loro. Esiste inoltre nell'ambito pubblico un contesto sociosanitario più ampio di cui operatore-terapeuta fa parte, la cui articolazione organizzativa definisce i complessi problemi di relazione tra il singolo operatore e il servizio, e condiziona il rapporto tra l'utente-paziente, il terapeuta-operatore e il servizio stesso>. Il gruppo SPOI, attivato nel giugno del 2014, si svolgeva una volta alla settimana per un'ora e veniva condotto secondo il modello sistemico IDIPSI e il modello sistemico delle polarità semantiche familiari da due specializzandi psicologi e una volontaria con esperienza di counseling e conduzione di gruppi multifamiliari. È possibile affermare, con un certo fondamento empirico, come un'ampia varietà diagnostica nell'utenza partecipante, la polarizzazione e la risonanza emotiva sono risultate essere una grande risorsa, stimolando la condivisione di esperienze di cura vissute nella differenza. Peculiarità innovative di tale intervento gruppale sono state, da un lato, la scelta del tema da parte degli utenti nel tentativo di generare un riappropriarsi di agency, dall'altro, la stimolazione di un ri-immersi in uno scambio relazionale all'interno di uno spazio “sicuro” e rispettoso del timing dell'individuo. Il confronto con l'Altro e la matrice dialogica dell'intervento gruppale hanno permesso una condivisione di vissuti che scardinava nel tempo un isolamento emotivo che spesso gli utenti portavano come problema, garantendo tuttavia un processo di auto-organizzazione ricorsiva e progressivamente funzionale (Giordano e Curino, 2013). Un importante obiettivo che ha perseguito il

gruppo di lavoro SPOI è stata “la condivisione dei significati e la co-evoluzione delle narrative identitarie” (Maturana e Varela, 1985) affinché l’individuo fosse in grado di integrare le perturbazioni esterne, fornite da terapeuti e compagni di gruppo, al fine di trovare modalità più efficienti di ricalibrazione della propria modalità auto- ed etero-interattiva all’interno del proprio contesto di vita. Il tentativo inoltre di far emergere incongruenze tra storia narrata e storia vissuta risultava foriero di riflessioni per l’utente che venivano condivise, quando accettabili, col gruppo in questione. Il filo conduttore che ha agevolato clinicamente tale processo di ri-narrazione in-e-per il gruppo è stato il focus sui vissuti emotivi trasversali alle “storie” riportate. Proprio la dimensione narrativa e in particolar modo il *reframing* metaforico, co costruito tra tutti coloro che partecipavano al gruppo, ha potuto produrre o facilitare rivalutazioni di sé e della propria condizione attraverso una perturbazione dialogica e, altresì, analogica. Nei gruppi SPOI i conduttori hanno avuto maggior margine di libertà nello sperimentare una conduzione di matrice sistemica e una contaminazione dei due differenti approcci. In tal gruppo ci sono state la tendenza e la volontà, da parte di tutti gli operatori coinvolti, ad integrare due modelli epistemologici che hanno sicuramente portato a miglioramenti dal punto di vista del vissuto emotivo dell’utenza. Durante l’ora a disposizione i conduttori si muovevano in una sorta di danza gestaltica: chi in un certo momento in primo piano, chi invece sullo sfondo e viceversa. Questo processo di alternanza, in senso però emozionale, si verificava all’interno del gruppo come osservato da Giordano e Curino (2013, pagg. 44-45) “Anche il resto del gruppo può legittimare le emozioni di un partecipante, attraverso il prestito emozionale, ossia il gruppo presta al soggetto che ha inibito un’emozione adeguata, la propria reazione emotiva corretta”. Una sinergia emergente nella costruzione partecipante di “storie” che

donava, all’utenza, un nuovo senso della sofferenza esperita, una narrazione consapevole, anche a livello emotivo, del proprio momento storico e relazionale, attraverso un approccio metaforico e dialogico.

Riflessioni conclusive

Nel viaggio con il gruppo SPOI siamo partiti senza una rotta precisa da perseguire e sul finire del nostro cammino abbiamo trovato una modalità efficace di lavoro clinico senza perdere mai di vista la “stella polare” dell’emotività. Questo feedback è stato rimandato anche dagli utenti, fruitori del gruppo, tramite questionari di gradimento. Condividendo il nostro ruolo di operatori in un contesto non terapeutico è risultato meno difficoltoso trovare una modalità nuova di rapportarci al paziente-utente, il mandato psicoterapeutico non sussisteva. Il fatto di essere assolutamente concordi che fossero gli utenti a decidere l’argomento ci ha permesso di “guardarli e guardarsi” con occhi differenti: erano loro a scegliere il tema della conversazione e noi saremmo stati degli operatori- mediatori in quella trama narrativa che, mano a mano, si sviluppava in quella stanza non terapeutica. In loro, seppur per una sola ora alla settimana, è ri-emersa quell’agency spesso persa o limitata nei loro contesti di vita. Il continuo rimbalzare da una storia all’altra tramite polarizzazione ha permesso di spianare, anche agli utenti più riservati e/o scettici, la strada per sentirsi liberi di partecipare, o di non prendere parte alla conversazione apprezzandone comunque l’ascolto attivo, percependo meno l’isolamento che spesso gli utenti portavano come tematica pregnante. L’emotività, che è stato il punto cardine del nostro intervento, in alcuni momenti era assolutamente palpabile: la risonanza emotiva conduceva tutti i partecipanti alla conversazione, noi compresi. Possiamo dire con certezza che anche noi operatori abbiamo messo in campo parti di noi stessi, senza esplicitare troppo aspetti della nostra vita

personale, che entravano in risonanza con le loro storie perché in fondo in quella stanza eravamo, al di là dei ruoli che ciascuno ricopriva, persone con storie differenti ma anche simili sotto certi punti di vista. Non possiamo fare altro che ringraziare gli utenti, circa 300 in questi due anni, per la possibilità di entrare in contatto con una realtà contestuale a noi sconosciuta e che ci ha costretti a collaborare, tra di noi in primis e con loro, per trovare una rotta comune. Risulta estremamente importante menzionare anche la partecipazione attiva del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo. Da parte del personale è stato mostrato interesse nel conoscere aspetti che esulavano la parte prettamente farmacologica e, quando ve ne era la possibilità, specializzando psichiatri e/o infermieri hanno chiesto e preso parte al gruppo, a volte rimanendo in un ascolto attivo e rispettoso altre intervenendo su aspetti più specifici di loro competenza. Spinti appunto da questa curiosità altra è stato possibile aprire un dialogo a 360° su alcuni utenti e questo ha fatto sì che la comunicazione di aspetti appartenenti sia alla sfera medica sia alla sfera psicologica andasse a confluire e ad intrecciarsi in un'immagine più integrata e completa dei soggetti in questione. Senza la disponibilità e la curiosità del personale del Reparto questo ponte tra le due visioni non sarebbe stato possibile. L'etica (Bianciardi, 2012) infatti ci vede schierati in prima linea per la difesa dei diritti dell'utenza, ma allo stesso tempo una etica che aumenta i gradi di scelta, perché aumenta le domande possibili e non le risposte, non può che voltarsi verso l'istituzione, e gli attori che la "abitano", con rinnovata competenza, etica professionale, nonché gratitudine.

Bibliografia

- Bråten, S. (a cura di) (1998). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Bianciardi, M. (2008). Centralità della relazione terapeutica In *terapia sistemica individuale*, Connessioni. 20.
- Bianciardi, M., Galvez Sanchez, F. (a cura di) (2012). *Psicoterapia come etica* (pp. 63-73). Antigone: Torino.
- Bateson, G. (1984). *Mente e Natura*. Adelphi: Milano.
- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi: Milano.
- Cecchin, G. (1987). Revisione dei concetti di ipotizzazione-circularità-neutralità: un invito alla curiosità. *Family Process*. 26, 405-413.
- Cirillo, S. (a cura di) (1990). *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*. Cortina: Milano.
- Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo fisiologico. *Networks*. 1, 24-47.
- Gandolfi M. (2015). *Manuale di tessitura del cambiamento. Un approccio connessionista alla psicoterapia*. Giovanni Fioriti Editore: Roma
- Giordano, C., Curino, M.G. (2013). *Terapia sistemica di gruppo*. Alpes: Roma.
- Minkowski, E. (1971). *Il tempo vissuto*. Einaudi: Torino.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Marsilio: Venezia.
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio. *Cambia-menti*. 1, 7-15.
- Onnis, L. (a cura di) (2015). *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze*. Franco Angeli: Milano.
- Restori, A. (2011). *Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza*. *Cambia-menti*. 3, 5-12.
- Togliatti, M.M., Telfener U. (a cura di) (1991,2010). *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicoterapia relazionale*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Trevarthen, C. (1998). *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In: Bråten, S. (a cura di) (1998). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Bollati Boringhieri: Torino.

La formazione agli infermieri di SPOI e SPDC.

Daniela Ferrari¹⁸

L'esperienza della formazione agli operatori si inserisce come un prolungamento dell'intero progetto e non è gestito dagli specializzandi ma unicamente, almeno per ora, dalla coordinatrice. Pur essendo una appendice, la formazione mantiene gli obiettivi macro del progetto, oltre che ovviamente gli aspetti epistemologici di riferimento. Due sono stati i corsi attivati per il momento, uno nel 2015 e uno nel 2016 e hanno riguardato gli infermieri e gli O.S.S. sia di SPDC che di SPOI, mentre altri due saranno attivati nel 2017 (uno specifico per lo SPOI e l'altro per il Diagnosi e Cura). La richiesta di costruire percorsi di formazione psicologica che potesse attingere dagli Argonauti è partita in occasione di una formazione organizzata dalla coordinatrice infermieristica di SPDC nel 2014. In questa formazione erano previsti diversi incontri su tematiche differenti (infermieristiche, mediche, diagnostiche) e tra questi si era pensato anche ad un incontro più specificatamente psicologico, per il quale la caposala ha preso accordi con la coordinatrice di Argonauti. Da lì sono nati i due progetti formativi portati avanti in questi ultimi due anni. Il primo riguardava la comunicazione in équipe, mentre l'altro gli aspetti emotivi come facilitatori o meno dei processi di cura e della relazione con il paziente. La domanda di un lavoro sulla comunicazione in équipe nasceva dalle richieste dalle due coordinatrici infermieristiche del Braga. Da un punto di vista operativo

il pacchetto formativo è stato racchiuso in un ciclo di 10 ore divise in 5 appuntamenti da due ore l'uno. Vista l'iniziale ridotta quantità oraria, non c'era nessuna pretesa di costruire processi intesi come eventi che costituissero cambiamento nell'immediato, ma piuttosto come occasioni informative tese a perturbare il sistema, inserendo possibili nuove letture capaci, nel tempo e nella quotidianità, di dare spazio a piccoli possibili cambiamenti: possiamo dire che queste formazioni hanno avuto l'obiettivo di promuovere nuove narrazioni (Caillé, Rey, 1998) nei piccoli movimenti oscillatori (Breunlin, 1988) di evoluzione dei gruppi.

1 Premesse teoriche: quali racconti per quale gruppo?

Il gruppo, come detto in precedenza, era composto da infermieri e O.S.S. di entrambi i reparti. Da un punto di vista storico hanno origini differenti e anche gestioni differenti, ad esempio i turni in SPDC sono suddivisi in squadre, mentre in SPOI la rotazione viene fatta sul singolo. Al di là di questo, l'atteggiamento è stato quello, soprattutto da quando il comparto psichiatrico ospedaliero è stato compattato in un unico Padiglione, di svolgere formazioni comuni, con lo scopo di integrare il più possibile gli operatori perché, per esigenze di servizio, capita di avere necessità di integrazione tra i due reparti per sopperire a turni scoperti. Si è cercato quin-

¹⁸Daniela Ferrari, coordinatrice progetto Argonauti, assistente didattica IDIPSI, E-Mail: ilteoremadimichele@gmail.com

di di costruire obiettivi che potessero essere trasversali ai due reparti, andando quindi a lavorare non tanto sulle criticità specifiche ma sull'essere infermiere psichiatrico, abbracciando comunque le differenze dei due gruppi e facendo risaltare sia le loro peculiarità sia i loro aspetti di potenziale collaborazione. Prima di vedere quali fossero gli obiettivi strutturati, si vuole mettere qui in evidenza la base di partenza teorica, che gira attorno tre nuclei: la relazione, l'ascolto e la definizione di verità. Come ci suggerisce anche la fisica nella sua lettura del mondo attraverso la gravità quantistica a *loop* (ovvero anelli, atomi di spazio, <inannellati> (Rovelli, 2014, p 51) tra loro, quindi in relazione), la relazione costruisce lo spazio: < Non sono in uno spazio (questi anelli/ relazioni n.d.r.), perché sono essi stessi lo spazio> (Rovelli, 2014, p 51). Pensare alla relazione come alla base di partenza costringe prima di tutto a mettersi in una posizione differente: non più centrale o autocentrata, una raggera da cui tutto parte da me e arriva a me, ma a cerchio in cui le direzioni sono multiple e contemporanee, in cui si perde la dimensione della colpa e del giudizio a favore di quella della responsabilità e della condivisione. Come dice Mancuso (2016, p.92): <Smetto di pensare a me stesso, e inizio a pensare me stesso: non sono più cioè il fine del mio pensare, come suggerisce il complemento di termine indicando che il mio pensiero termina a me, ma divengo anch'io un oggetto della mia attività mentale, come indicato appunto dal complemento oggetto>. Un altro aspetto teorico riguarda la valorizzazione dell'ascolto e del significato del cambiamento. L'educazione all'ascolto, centrale in ogni contesto, diventa fondamentale nel contesto psichiatrico di ricovero, perché affinare questa capacità può prevenire certe situazioni di difficoltà sia per il paziente

che per il reparto stesso, oltre che rendere l'infermiere più presente nel qui e ora con la sofferenza del paziente. Promuovere l'ascolto attivo comporta indiscutibilmente proporre una modalità formativa attiva, cioè una formazione che pensi l'apprendimento come conseguenza del "fare" informazioni e non del "subire" informazioni: osservare prima di tutto atteggiamento e posture, ascoltando cosa si muove, in termini di emozioni e pensieri, prima in noi¹⁹ e poi anche nell'altro. Infine, il terzo aspetto teorico riguarda instillare il dubbio sui propri copioni narrativi legati al proprio lavoro e a colui che viene definito paziente psichiatrico (Seikkula, 2014)). Interessante quello che ci ricorda Simone Weil (Mancuso, 2016, p. 39) sulla verità: <la verità si produce al contatto di due proposizione nessuna delle quali è vera; è vero il loro rapporto>. La verità dunque, anche quella diagnostica, non esiste a prescindere dalla relazione che si sta vivendo, anche quando la relazione è su livelli diversi come quella tra operatore e paziente: ancora una volta è centrale prestare attenzione alla relazione che si sta costruendo nel qui e ora, in reparto, in quel ricovero, permettendosi quindi la possibilità di un incontro che possa dare spazio alle emozioni che in quel momento si condividono e non solo ai propri pregiudizi. Con queste premesse dunque bisognava costruire un vestito fatto di obiettivi in cui i due gruppi potessero ugualmente sentirsi comodi. La proposta di condurre una formazione che accorpasse due équipes di lavoro diverse per organizzazione interna e storia era di certo una sfida. Questa possibilità è stata in *primis* resa possibile dal clima ricostruito con gli operatori e anche da un fisiologico passare del tempo che ha riportato la figura dello psicologo a qualcosa di meno avulso dal contesto psichiatrico ospedaliero. Ma cosa sperare che si portassero a casa da

¹⁹<(...)le immagini che abbiamo di noi stessi sono estremamente più rozze e sbiadite del dettaglio della complessità di ciò che avviene dentro di noi. Noi siamo sorgente di stupore per noi stessi>. (Rovelli, 2014, p. 79).

questa formazione? Che cosa si poteva offrire che non fosse percepito come “bella idea ma lontano dalla pratica”? Di certo, dopo il primo incontro di “sperimentazione” (*l'unicum* del gennaio 2014) si è presa coscienza che alcune basi della teoria della comunicazione e del mondo emotivo (come le emozioni di base o gli assiomi della comunicazione) erano sconosciute alle équipes. Quindi, a dire il vero, si poneva prima di tutto la necessità di mettere le basi di un sapere, con l'idea in un futuro, di instillare un principio di consapevolezza circa il proprio agire in reparto. Una altra cosa importante emersa nel secondo ciclo del 2016 riguarda il corpo: entrambe le équipes, pur usando il corpo come strumento principale di comunicazione e azione, erano lontani da una osservazione di esso, da una comprensione e da una attenzione alla sua comunicazione, oltre a una inconsapevolezza sul riverbero che le emozioni avevano dentro di loro e quindi tra loro e il mondo esterno. Questi aspetti hanno rinforzato e sostenuto la bontà di operare verso una formazione che fosse il più possibile esperienziale e di gruppo (gruppo esperienziale): <A differenza di un corso di lezioni, dove l'assunzione dei concetti è di tipo astratto, intellettualistico, mnemonico, nel gruppo esperienziale l'apprendimento riguarda prevalentemente i propri atteggiamenti relazionali, interattivi, le proprie motivazioni, gli obiettivi del proprio e dell'altrui comportamento> (De Ruvo e Grassi, 2008, p.163), nonostante i limiti di tempo e nonostante la fatica a mettersi in gioco degli operatori, completamente disabitati a questa modalità formativa. I momenti pratici sono così diventati ciò che sosteneva la teoria e non viceversa, così come il lavoro in gruppo è diventato esso stesso tecnica di apprendimento.

2 Gli obiettivi e le tecniche

I percorsi attivati sono stati costruiti a partire da macro obiettivi che poi si sono sviluppati in due percorsi conseguenti ma autonomi. Accrescere la conoscenza reciproca tra infermieri dei due reparti, promuovere un atteggiamento di curiosità (Cecchin, 1988) verso l'altro che fosse paziente o collega, imparando, attraverso l'osservazione di se stessi e delle proprie emozioni, a non arroccarsi su copioni e predizioni di comportamento proprio o dell'altro²⁰, erano dunque i macro obiettivi previsti. Come ci ricordano De Ruvo e Grassi (2008, p. 160): <La condivisione delle proprie paure con altre persone sottoposte alle stesse tempeste emotive, il poterle dire, rendendole quindi pensabili in gruppo, superando la paura del giudizio su se stessi, permette di iniziare un percorso di crescita umana e sociale (...)>. Nel primo percorso (dal titolo: La comunicazione nell'équipe di lavoro: tecniche e strategie per il raggiungimento di obiettivi condivisi²¹) si è cercato di lavorare secondo questi punti:

- Le caratteristiche di una efficace comunicazione nell'équipe di lavoro
- Emozioni, stress e comunicazione
- Intelligenza emotiva e assertività: teorie e tecniche per accrescere le proprie competenze comunicative/relazionali.
- Il conflitto.
- La negoziazione: modelli normativi delle dinamiche decisionali, anatomia della negoziazione, tipi di negoziazioni (distributiva/integrativa)
- Vissuti emotivi del conflitto: prospettive di crescita e cambiamento.

Il lavoro in aula si è diviso tra momenti frontali e momenti interattivi, con l'utilizzo di video, *role playing*, somministrazione di test, attività

²⁰ < Ne viene in conclusione un curioso paradosso: per essere libero devo essere fedele a me stesso inteso come corpo, carattere e idee, ma proprio seguendo il mio corpo, il mio carattere e le mie idee, mi ritrovo spesso incatenato. E tale prigionia interiore è forse la più insidiosa, perché, essendo invisibile, mi dà l'illusione di essere libero. Per giungere alla libertà devo quindi diffidare di me stesso reprimendo il mio corpo, annullando il mio carattere, professando idee altrui?> (Mancuso, 2016, p. 80).

di co-costruzione di immagini e metafore e mappe di ruolo, tutto questo sia nel grande gruppo che in sottogruppi misti o per reparto. Il secondo percorso, invece, dal titolo “Le emozioni nella gestione della criticità psichiatrica”, ha visto il suo strutturarsi secondo i seguenti punti:

- Emozioni primarie e secondarie, empatia, intelligenza emotiva.
- La gestione delle emozioni nelle situazioni di criticità: vissuti di rabbia e paura, pensieri, azioni/reazioni, controllo delle emozioni, le emozioni parassite.
- Rinarrazioni possibili dell’evento critico: il vissuto emotivo come risorsa per aumentare le strategie di *coping*.
- Le emozioni del singolo e l’emozione dell’équipe: interconnessioni e sostegni reciproci, pregiudizi e atteggiamenti.
- La fiducia nelle relazioni professionali.
- Come riconoscere e prevenire un evento critico: il lavoro di squadra e l’Open Dialogue.

Anche in questo secondo appuntamento la modalità di conduzione delle lezioni è stata mista, frontale e attiva, proponendo alcune attività che muovessero il corpo dei partecipanti, come l’esercizio “caduta libera-variazione 1” (Borgato e coll., 2014) e che facessero fare esperienza sui propri pregiudizi, ad esempio attraverso anche una rivisitazione del “Gioco delle appartenenze” di Bosi (2003). Inoltre sono state usate simulazioni di casi e test. Entrambe le esperienze sono state vissute in modo non omogeneo dal gruppo, come era possibile immaginare. Alla fine i feedback sono stati nell’insieme positivi, anche se la sensazione è stata quella di una forte difficoltà nella parte pratica soprattutto del secondo modulo.

<Lo sforzo del formatore è anche quello di aiutare l’allievo ad incontrarsi con diversi modelli, operativi e teorici, non solo per fa-

vorire la scelta di quello in cui si riconosce, ma anche per aiutarlo ad integrare punti di vista che possono provenire da diversi modelli, anche da quelli che inizialmente possono apparirgli più scomodi perché distanti dalla sua personale visione del mondo, che comunque, nel corso della formazione, deve acquisire flessibilità ed essere arricchita dalla cornice della complessità> (Angiolari, De Franceschi, 2006, p. 27).

Nel complesso comunque l’intero gruppo si è sperimentato e ha partecipato attivamente alle discussioni di confronto sulle tematiche proposte. Gli aspetti teorici svolti in queste due edizioni saranno l’ossatura dei lavori futuri. Infatti è impensabile credere che, come dicono Angiolari e De Franceschi (2006), queste tematiche abbiano portato, in un tale breve tempo, a una flessibilità e a una cornice di complessità, e per questo sarà importante riprendere alcuni concetti base anche nelle formazioni future, per seminare dopo che è stato preparato il terreno.

3 Verso il futuro

Per l’anno 2017 si è deciso di dividere le équipe per fare qualcosa di molto mirato alle necessità dei due gruppi, visto proprio l’andamento dell’ultimo modulo in cui era evidente uno scollamento tra le due équipe nelle premesse e nelle aspettative degli incontri. Per lo SPOI si è quindi deciso di costruire un percorso sulle teorie e tecniche del colloquio con il paziente di 10 incontri. Gli obiettivi pensati sono 4:

- Ampliare e migliorare le capacità nella conduzione dei colloqui in reparto tra infermieri e pazienti.
- Costruire le basi per la conduzione di gruppi in reparto.
- Ridurre la percezione di frustrazione legata a comunicazioni inefficaci.
- Favorire la compliance al trattamento ospedaliero.

I moduli teorici previsti, oltre a 4 ore di esercitazione pratiche, saranno così costruiti:

- Il colloquio: definizioni.
- Il primo colloquio: teorie e tecniche
- Protocolli possibili del colloquio: metodo e attuazioni
- Il colloquio motivazionale
- Il conversazionalismo
- Il modello dell'Open Dialogue
- Le tecniche conversazionali e le regole del colloquio
- La conduzione del gruppo di sostegno con i pazienti
- La posizione del conduttore

Per quanto riguarda invece il lavoro in SPDC sarà totalmente incentrato sull'attenzione allo sviluppo della consapevolezza circa il proprio vissuto emotivo e a come questo incide poi nella relazione con il paziente e con l'équipe. Sarà quindi una formazione altamente pratica, quasi per la totalità delle ore a disposizione (10) in cui sono previsti momenti di meditazione guidata e simulazioni di situazioni.

Bibliografia

- Angiolari C., De Franceschi A. (2006). I nodi problematici nella formazione in psicoterapia relazionale. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 24, 23-31.
- Borgato R., Gamberini S., Vergani P. (2014). *Il libro dei giochi psicologici* vol.6. Edizioni FS: Milano.
- Bosi A. (2003). *Il gioco delle appartenenze*. Unicopli: Milano.
- Breunlin D.C. (1988). Oscillation theory and family development, in C.J. Falicov (a cura di), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*, New York, The Guilford Press.
- Caillé P., Rey Y. (1998). *C'era una volta*. Franco Angeli: Milano
- Cecchin, G., (1988). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità. *Ecologia della Mente* 5, 29-41.
- De Ruvo E., Grassi R. (2008). Stress e comunicazione degli operatori sanitari nelle prestazioni di urgenza. *Rivista medica italiana di psicoterapia e ipnosi*, 2, 153-170.
- Mancuso V. (2016). *Il coraggio di essere liberi*. Garzanti: Milano.
- Rovelli C. (2014). *Sette brevi lezioni di fisica*. Adelphi: Milano.
- Seikkula J. (2014). *Il Dialogo Aperto*. Giovanni Fioriti Editore: Roma.

Storie nella storia: il viaggio raccontato dagli Argonauti²¹

Oltre a una storia istituzionale c'è una storia narrata, una storia vissuta da tutti coloro che hanno dato corpo a questo progetto. Il seguente contributo è un insieme di cortometraggi in cui alcuni specializzandi o tirocinanti post laurea, che hanno attraversato il servizio in questi anni, raccontano la loro esperienza in Argonauti.

Il soffice peso delle Emozioni...²²

Nella vita ci sono esperienze destinate a cambiarci per sempre, esperienze che in un modo o nell'altro segnano la nostra vita lasciando una traccia indelebile che non andrà mai via, destinata a restare per sempre nel nostro cuore o nei nostri ricordi. Le esperienze possono essere di diverso tipo ed avere una durata variabile ma nonostante tutto segnare la nostra esistenza, la nostra vita ed il nostro percorso a livello umano e a volte a livello professionale; questa esperienza mi ha permesso di vedere da vicino il dolore e di avvicinarmi ai vari disturbi psichiatrici, mi ha permesso di entrare in contatto con la sofferenza della mente e delle anime oltre che ad ampliare le mie conoscenze nell'ambito e mi ha permesso inoltre di conoscere e collaborare con validi professionisti di diversi campi (colleghi psicologi, infermieri, specializzandi in Psichiatria e medici strutturati) tutti in un modo o nell'altro hanno avuto un ruolo determinante in questa mia avventura. Ecco, l'ingresso nel gruppo degli Argonauti

ha avuto su di me un forte impatto; tutto è iniziato lo scorso anno, quando mi è stato concesso di collaborare e poter offrire il mio contributo, la mia esperienza, il mio impegno, il mio lavoro ed il mio cuore. Mi è stata data l'opportunità di seguire e realizzare un sogno, l'opportunità di mettere in pratica ciò per cui ho studiato molti anni, di mettermi in gioco, di poter essere d'aiuto e fare ciò che sognavo sin da bambina. La malattia mentale mi ha da sempre affascinata, sin da piccola sognavo di entrare in contatto con le "sofferenze della mente" e di poter offrire presenza, ascolto e sostegno. Nel 2007 dopo aver ascoltato il singolo di Cricchieri "ti regalerò una rosa" ho sentito un brivido scorrere nel mio corpo ed in quel momento ho capito molte cose, così poi negli anni successivi ho cercato di fare esperienze nell'ambito fino all'ingresso nel gruppo degli argonauti avvenuto nell'Inverno del 2016. Ricordo ancora l'emozione del primo giorno in Diagnosi e Cura qui a Parma; avendo già fatto esperienze in passato non temevo l'ambiente ma la novità, nuovi colleghi, medici, infermieri ed un nuovo ambiente con una serie di situazioni imprevedibili; del resto sappiamo tutti che il reparto SPDC è quello più difficile poiché d'urgenza, critico ed imprevedibile con un grandissimo turnover, impegnativo oltre che un ambiente "delicato", un luogo in cui camminare con passo soffice e deciso. Spinta dalla passione e dal desiderio sono entrata

²¹Veronica Carpi; Doriana De Marco; Francesca Facchini; Chiara Rainieri; Serena Samaria; Roberta Tarantino; Cristina Sabini; Caterina Uberti; Dzenita Voltattorni Mujic, Simone Lupini.

²²Serena Samaria, serenasmamaria@gmail.com, psicologa volontaria, membro degli Argonauti dal 2016.

in punta di piedi ed ancora oggi continuo a camminare con passo leggero cercando di non “fare rumore” e di non interferire con il lavoro che ogni giorno i professionisti del mestiere svolgono con ardore, dedizione e professionalità. Ho sempre creduto nella collaborazione e nel lavoro in equipe, quello fatto di ascolto e di scambi senza imposizioni, in cui la parte più importante spetta al dialogo, come direbbe J. Seikkula (Open Dialogue). In questi mesi ho trovato una grande sinergia nel nostro gruppo ed un’apertura da parte del personale Medico ed infermieristico della psichiatria, quando dico psichiatria mi riferisco all’intero padiglione Braga (Clinica Psichiatrica e reparto di Diagnosi e Cura). L’emozione del primo giorno mi accompagna ogni volta che varco la porta d’ingresso e resta con me per tutta la durata della mia permanenza all’interno dei due reparti; una volta entrata mi ritrovo sola con me stessa e con la pancia vuota pronta a riempirsi e a vibrare con gli stimoli, gli spunti, le riflessioni e le lacrime dei degenti. Ogni gruppo di pazienti è diverso dall’altro, partecipanti, tematiche, argomenti trattati ed emersi, così come l’impatto emotivo, le vibrazioni, i colori delle emozioni che dipingono il quadro del gruppo nel qui ed ora; i gruppi come i quadri si differenziano tra loro, cambiano i tratti, i pennelli, i paesaggi, i colori, gli stili narrativi ma tutti lasciano il segno e trasmettono qualcosa che in un modo o nell’altro tutti i partecipanti porteranno con sé anche se solo per qualche ora; ciò che mi affascina di più e mi riempie sono i colloqui individuali, quelli in cui ci si scambia a vicenda qualcosa, quelli in cui ti riempi e senti di essere stato utile anche solo per aver dato ascolto o per aver asciugato una lacrima. Quando entro nel padiglione mi sento un po’ come

Alice nel paese delle meraviglie, mi ritrovo catapultata in una realtà parallela, fatta di voci, deliri, lacrime, lamenti, lunghi corridoi bianchi, si bianchi, perché questo colore in sé racchiude tutti i colori, eh si i colori delle anime che per breve tempo sostano lì dentro e sperano di essere liberate dai fantasmi della mente che costellano la loro esistenza e vincolano la loro vita. Corridoi vuoti all’occhio umano ma pieni di storie, di dolore, sofferenze e amori. Come scriveva Alda Merini << le persone capitano per caso nella nostra vita, ma non a caso. Spesso ci riempiono la vita di insegnamenti, a volte ci fanno volare in alto, altre ci schiantano a terra insegnandoci il dolore ... donandoci tutto, portandosi via il tutto, lasciandoci niente >>. Credo che l’importante sia ascoltare, restituire qualcosa e sperare che possano tornare presto a sentirsi vivi; mi piacerebbe che i diversi professionisti fossero tra le persone che capitano non a caso ma per lasciare un segno. Queste sono le mie riflessioni scritte di getto a cuore aperto e sulle note di Chopin.

Sentieri in salita in SPDC: Pensieri ed emozioni di un’Argonauta²³

Già prima di entrare la mia mente e il mio corpo sembrano essere accolti da un’emozione...un pensiero di fuga, una sensazione di stanchezza.

Quasi quasi non entro, penso, l’idea di entrare e di incontrare tanta sofferenza mi frena, ma poi la parte razionale (o meno razionale) di me dice “Argonauti” e vado avanti. Campanello, riconoscimento, camice, altro campanello... infermieri....medici ... e nel corridoio sguardi. Ecco, gli sguardi, dovrei soffermarmi su questi sguardi che mi sfiorano, alcuni come se volessero affidarsi al mio, esistenze in cerca di qualcosa a cui

²³Uberti Caterina, psicologa, specializzanda in Psicoterapia SSP Aetos-Mestre, tirocinio presso CTF- AUSL Parma - Partecipa al progetto Argonauti c/o SPDC - CSM - dal 10/2016 mail: caterinauberti@libero.it.

aggrapparsi, altri sguardi persi in mondi lontani, altri rapiti da urgenze insopportabili. Entrare nel reparto SPDC è per me come predisporvi per una camminata in salita, interminabile, il tempo si dilata, i ritmi del mondo fuori si dissolvono nelle camere e nei corridoi, nella stanza dei medici, nelle date scritte sul tabellone. Data di ingresso: c'è! Data di dimissione? Chi niente telefono, chi niente visite, chi niente soldi... chi niente di niente. Le finestre senza maniglie, i vetri smerigliati a proteggere chi? Da chi? Non si vede il sole, non si vedono le stagioni passare... Nell'aria rabbia, passività, appelli di aiuto si mescolano al senso a volte di impotenza e rassegnazione anche di chi, per fortuna o purtroppo, ci lavora tutti i giorni. Quella che gioca a nascondino è la dignità dell'uomo che gira scalzo, lento e ripiegato, della donna che non ha più nessuno che l'ascolta e allora si inventa un linguaggio criptico solo per eletti. Dov'è la mia famiglia? Chi mi ha lasciato qui? Delusione, disperazione, nel migliore dei casi, niente o ridere. Ti verrebbe da dire: loro sono malati, io sono una tirocinante. Ma questa distinzione regge poco, quello che si respira lì ti invade e capisci che è una difesa stupida. E' possibile a tutti, come diceva un infermiere alcuni giorni fa: "la psichiatria è democratica!". Così, dopo un po', quelle che incontri sono persone e basta. Il giro medici è aspettato con apparente indifferenza, gli sguardi sembrano quelli dei bambini, esprimono attesa, speranza, desiderio di ascolto, protesta: "chiedimi come sto!", qualcuno dorme o si eclissa sotto il lenzuolo. Dopo il giro medici, la tanto attesa sigaretta, come qualcosa che rimane del prima, della soddisfazione di un bisogno e tiene un contatto virtuale con le abitudini del mondo di fuori. Invitiamo tutti (o quasi) al gruppo, e piano piano qualcuno arriva, i

veterani sanno già di cosa si tratta e a volte ci aiutano nella conduzione, c'è chi parla e chi ascolta, chi non riesce ad aspettare, chi non riesce ad ascoltare, chi non riesce a stare e se ne va. Tuttavia sono momenti molto intensi, come chi chiede al gruppo come deve fare per vivere col pensiero che la sua famiglia lo ha interdetto, come chi sente di dover far pace con suo padre che non c'è più, con chi non riesce più a stare da nessuna parte e neanche dentro se stesso, con chi si sente sopraffatto da momenti di angoscia al pensiero dei figli, ...con chi sente delle voci ma ha dei dubbi. Nel gruppo emerge comprensione, solidarietà, condivisione, l'istinto di aiutarsi pur non avendo mezzi neanche per se stessi. L'esperienza del gruppo è come un sogno, dura poco, circa un'ora e poi il risveglio, un po' triste, lento, come è lento il ritorno nelle proprie camere, tanto non c'è fretta. La felicità è lontana... Sto vivendo questa esperienza come un momento prezioso di crescita personale, ringrazio i pazienti che ho incontrato e che hanno condiviso nel gruppo la loro fatica di vivere. Sono grata al personale medico ed infermieristico per averci accolto e per il loro duro e prezioso, necessario e quotidiano lavoro. Ringrazio gli ideatori e i responsabili del progetto "Argonauti" perché hanno fatto sì che questo possa succedere.

Mi scuso per la forma, ma sono uscita dai canoni della sintassi e della grammatica.

Perdersi un po' con l'altro: L'incontro in SPDC²⁴

Mi chiamo Roberta Tarantino sono una giovane psicologa e psicoterapeuta in formazione presso l'istituto di psicoterapia sistemica integrata IDIPSI di Parma. Nel primo biennio di specializzazione ho portato avanti l'esperienza di tirocinio di specialità presso il reparto di Dia-

²⁴Roberta Tarantino, e-mail: tarantino.roberta87@gmail.com, allieva IDIPSI III anno, membro Argonauti nel 2015 e 2016

gnosi e Cura SPDC dell'ospedale Maggiore di Parma, entrando a far parte dell'équipe "Argonauti". Ho avuto la fortuna di potermi sperimentare, affiancata ogni volta da un collega, in entrambi i momenti apprendendo, riflettendo e costruendo oltre che diverse competenze anche nuove parti di me e del mio modo di "abitare" l'incontro con l'altro. L'inizio della mia esperienza come Psicologa "Argonauta" in SPDC è stata caratterizzata dal bisogno di "osservare" il territorio. Un bisogno ancestrale mosso dal preservare la mia sopravvivenza. In quella terra sconosciuta sentivo di dovermi difendere, di dover capire i pericoli e di dover trovare risposte "adatte" e "adattive" a quelle che erano le richieste delle persone che incontravo sia che fossero pazienti, medici o infermieri. Quello che più mi colpiva nei pazienti che incontravo era la "scelta" di esprimere la sofferenza mossa dal momento di "crisi" e non solo con modalità o troppo o troppo poco rumorose. Più continuavo la mia esperienza in SPDC più il mio bisogno di stare "ferma" ad osservare si affievoliva lasciando il posto alla curiosità di voler "scoprire" quale esperienza di vita si celasse dietro queste persone che portavano un modo "altro", rispetto al convenzionale socialmente costruito, di vivere la propria emotività. Nelle mie prime azioni per entrare in relazione con l'altro c'erano tentativi goffi di allineare il mio comportamento alle mie regole interne sul "come" si affronta un colloquio clinico; regole che solo dopo ho scoperto aver costruito inconsapevolmente e minuziosamente negli anni. Queste regole, di cui io ero artigiana esperta, si riferivano, inoltre, al mio modo di concepire il lavoro dello psicologo, ai miei pregiudizi su "come" bisogna parlare a chi porta una sofferenza psichica e a "cosa" bisogna dire e non concedersi di dire durante una consultazione psicologica. La scoperta più sconvolgente è stata che nello sperimentare ogni volta esplorazioni nuove con nuove

persone, proprio in un contesto così rigido e così pieno di regole e controllo, cresceva dentro me il bisogno di "usare" linguaggi differenti che prendevo in prestito dalle stesse persone con cui interagivo, concedendomi la possibilità di accrescere consapevolezza di quelle che sono le mie rigidità e i miei limiti nella relazione terapeutica. Accadeva, così, che nell'incontro con l'altro (paziente, co-terapeuta e me stessa) prendevano vita racconti e significati che insieme sfioravamo delicatamente per poi congedarci dicendoci cosa sentivamo di poter portare con noi nel resto dell'esperienza di permanenza in reparto. Offrendo questo breve scorcio della mia esperienza posso affermare di aver potuto comprendere l'importanza della consapevolezza per lo psicologo-psicoterapeuta della "relatività del tempo" intesa come coraggio di dare un senso pieno al tempo che si trascorre insieme. Lo psicologo può quindi scegliere di abbandonarsi alla narrazione e decidere insieme all'altro di esplorare un piccolo o grande paesaggio lasciandosi trasportare nello sconosciuto che spaventa. Apprendere questo, forse, diventa un sostituire una regola rigida con un'altra più morbida nel mio "identikit del bravo psicologo", e grazie a questa esperienza ho imparato che è possibile poterle sceglierle e provare a farne un uso creativo. Credo che concedersi di "perdersi" un po' con l'altro in un colloquio breve e probabilmente unico in un reparto come quello del Diagnosi e Cura possa divenire un piccolo esempio di "incontro" profondo con l'altro capace di lenire la necessità, delle persone che inciampano in una "crisi", di dover esprimere la sofferenza con modalità o troppo o troppo poco rumorose.

Monossido di Carbonio²⁵

Sono passati anni da quando per la prima

²⁵Francesca Facchini, allieva didatta IDIPSI, quattromenda@gmail.com. Gruppo Argonauti 2012

volta misi piede dentro il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Avevo 26 anni, ero al secondo anno di specializzazione e non avevo mai avuto contatto con la psichiatria. Conoscevo la storia di Basaglia, dell'Anti-psichiatria, della riorganizzazione territoriale, ma non conoscevo il qui e ora. Ricordo le mani sudate prima di entrare e la voglia di scoprire quel luogo, inaccessibile al resto della comunità. Ho trascorso un anno intero dentro quel reparto. L'odore di chiuso, disinfettante e sudore arrivava ogni giorno dritto al mio cervello, prima di qualunque informazione. Entrava e modificava i miei pensieri: li contraeva. Il mio corpo e la mia mente erano protesi a lavorare "come se". *Come se fossero fuori. Come se quello fosse il miglior tipo di cura che si potesse offrire a una persona con un'esistenza bloccata. Come se psichiatri e psicologi parlassero la stessa lingua. Come se le cure farmacologiche fossero necessarie. Come se io fossi a mio agio in quel posto e in quella veste.* Insieme ai miei colleghi, ho lottato in punta di piedi per accogliere gli sguardi perplessi dell'équipe (fatta da psichiatri, infermieri e OSS) che quasi per la prima volta vedevano camminare nei loro corridoi degli psicologi. Per di più così giovani! Siamo stati il primo gruppo, tra quelli che hanno costituito il progetto Argonauti, a varcare la soglia di quel reparto. Lo abbiamo fatto senza camice, senza stipendio, senza pretese. Abbiamo chiesto la possibilità di parlare coi pazienti, in un contesto diverso dalla stanza dove trascorrevano giorno e notte, allettati. Ci hanno concesso la biblioteca. Una biblioteca praticamente in disuso, utilizzata come sala riunioni. Tra un colloquio e l'altro cercavamo di comunicare con l'équipe, di connetterci, di integrare le storie che avevamo ascoltato con le storie scritte sulle cartelle

cliniche, fatte di diagnosi, codici, farmaci. Ricordo la fatica: durante i colloqui e dopo. Ricordo la frustrazione del tempo che non passa mai, di ritrovare le persone ancora lì, ancora ferme, ancora con quello sguardo annebbiato. Ricordo la rabbia, aleggiava nei corridoi come monossido di carbonio. Inodore, la respiravi ovunque. Apparteneva a tutti: ai pazienti, come al sistema curante. Gli psichiatri, camice bianco, curvi sotto il peso della sofferenza che maneggiavano da anni e che alcune, a parer loro, appartenevano al sociale, non al sanitario. Gli infermieri, divisa bianca bordo blu, provati dall'essere in prima linea giorno e notte, prima linea che dividono con gli O.S.S., divisa bianca bordo verde. E noi, senza camice? Noi chi eravamo? Come eravamo? Incerti, impacciati, frustrati. Certamente. Ma non solo. Ricordo come fosse ieri un infermiere, un giorno mi fermò in corridoio e mi disse: *"Dopo che parlano con voi i pazienti tornano di là e sembrano più intelligenti"*. Ecco cosa eravamo: eravamo OSSIGENO.

Il viaggio verso la consapevolezza, entrando nel tempo sospeso²⁶.

L'esperienza d'ingresso nell'équipe Argonauti ha rappresentato per me prima di tutto un esercizio di consapevolezza rispetto al mio ruolo e ai miei dubbi, in un processo di scambio tra apprendimenti e decostruzione di rappresentazioni a priori.

Salire sulla barca degli Argonauti è stata una sfida alle insicurezze che accompagnavano un viaggio vissuto in partenza con forti emozioni di timore perché di fronte ad una sofferenza e ad un contesto verso i quali, pensavo, non ci si poteva che sentire inadeguati, piccoli e deferenti; una sfida mossa dalla curiosità di sperimentarsi in qualcosa di nuovo, di sconosciuto e troppo

²⁶Cristina Sabini, *allieva Il anno IDIPSI 2016, équipe Argonauti anno 2016. E-MAIL: sabicri@gmail.it*

spesso evitato.

Il viaggio è partito trascinato dalle tempeste di queste emozioni ma guidato dalla consapevolezza delle competenze proprie e degli altri membri dell'equipe e dalla cornice di riferimento che facevano da punti saldi per orientarsi nel cammino. Durante il viaggio, la curiosità ha mosso il desiderio di bagnarsi nel mare nel quale stavamo navigando e, ad ogni immersione, la percezione che sentivo rimanermi addosso maggiormente era quella del trovarsi in un tempo sospeso, un tempo diverso da qualsiasi altro tempo avessi mai sperimentato.

La percezione di sentire forti le differenze dei tempi individuali di tutte le persone presenti in quello spazio, all'interno di un tempo collettivo che appariva "altro", sganciato da tutto il resto, lontano dal fluire quotidiano del mondo esterno, come una frattura rispetto a un fluire continuo e lineare nella vita di ognuno, creava un livello di maggiore complessità dentro la quale muoversi. Inizialmente questa sensazione lasciava un senso di disagio, di non comprensione, quasi di incomunicabilità, un qualcosa di ingombrante ma del quale non si poteva parlare.

Nel corso del viaggio, ho imparato a familiarizzare con questo tempo ed il suo spazio e con le sensazioni e le emozioni che in essi si muovevano. Familiarizzare con il contesto, le sue emozioni, le relazioni, le persone, le dinamiche ad esso legate ha accresciuto il contatto con il mio livello emotivo, favorendo l'emergere di una maggiore consapevolezza.

Quello che sento essere cambiato nel corso del viaggio è stata dunque la consapevolezza di queste sensazioni: riconoscerle, vederle, poterle ammettere, guardarle, nei loro punti di luce e di oscurità e poter-

le esprimere in un confronto che ha dato loro dignità e spazio. Sono diventate così un motore che mi spingeva ad esplorare più che una zavorra che appesantiva il movimento. Nell'incontro con l'altro e con la sofferenza, in quel tempo sospeso che creava confusione e rischiava di portare a un blocco, mi sono concessa di non essere perfetta e sempre adeguata, ma di agire là dove il mio sentire mi portava a muovermi, consentendo alla relazione di essere il primo agente di novità che poteva portare a un punto di rottura rispetto a quel senso di sospensione e riverenza.

È stato l'incontro nella relazione a guidarmi in un percorso in cui non cercavo più spasmodicamente di avere chiaro a priori quello che era giusto o sbagliato, quello da fare o da non fare, dire o non dire di fronte a una sofferenza così grande verso la quale mi sentivo troppo piccola, ma in cui ho cominciato a muovermi più liberamente e in modo autentico, mossa dal mio sentire, permettendomi di fare appello, in modo spontaneo e diretto, alle mie competenze. Al rientro in porto, sento di aver svuotato il bagaglio da un peso molto ingombrante, ma di averlo allo stesso tempo riempito di apprendimenti molto preziosi per me e su di me, di relazioni, di un tempo vivo e generativo, di incontri, di storie che non rappresentano oggetti pesanti, ma rinforzi al bagaglio che continua ad accompagnare nuovi viaggi.

Gli spazi del mio viaggio²⁷

Come quando tornati da un viaggio ci si trova a disfare le valigie e tra una maglia e un calzino tornano a galla i ricordi e le sensazioni delle esperienze vissute, così stasera mi trovo qui a riordinare la mia camera e a dover trovare nuova collocazione al camice,

²⁷Veronica Carpi, allieva Idipsi II anno, veronicacarpi@creativ.it

biro, matite e cartellino...il mio “kit di sopravvivenza” che mi ha accompagnato per circa un anno nell’avventura degli Argonauti. I ricordi e i pensieri sono molti e tornano a galla alla rinfusa emozioni, volti, parole e silenzi. Il pieno e il vuoto. E tutti i miei “dovrei”. Provo a mettere in ordine. All’inizio le emozioni e le domande sono state tante e hanno occupato molto spazio dentro di me: paura di come sarei stata immersa in quel dolore, di fronte a quelle storie [...e come dovrei starci?]; movimenti di assestamento in stanza medici [...dovrei sedermi? Stare in piedi?]; nel gruppo [... Parlare o stare in silenzio? E come dovrebbe essere l’equilibrio della co-conduzione? C’è un equilibrio? Come sono stata e come sono stati i partecipanti del gruppo? E come dovrebbero stare dopo il gruppo?]. E tutto ciò mi ha riempito la mente per un po’. In questo mio ondeggiare, pensare, calibrare e ricalibrare, continuavo a ingoiare emozioni e domande e proseguivo l’avventura seguendo la rotta dell’equipaggio. Non sapevo bene dove stavamo andando, ma sentivo il calore dei corpi vicino al mio...e allora ok, non ero sola. Sarà stata questa sensazione, sarà stato il tempo, la fiducia nel vento, ma pian piano i miei dovrei e le mie domande hanno accostato e si è creato un po’ di spazio. Terreno vuoto...e cosa dovrei farmene? Il vuoto ha fatto spazio al germoglio del silenzio. Per la prima volta ho concesso una sedia al silenzio. C’è voluto un po’ di tempo per conoscerci. Ho rischiato...l’ho invitato a partecipare al gruppo. L’ho osservato, sfidato, poi accolto e alla fine l’ho sentito come un alleato, come il mio secondo co-conduttore. Ho imparato che si può dare uno spazio al silenzio e seguirne il ritmo, permettersi di sostare in sua compagnia, e di fare spazio anche a tutti i suoi alleati, gli sguardi, i cor-

pi, i movimenti, i sospiri. E ho capito anche, che a volte la sedia vuota vicino a me non c’è e allora si può prendere un bel respiro e farlo sedere vicino al mio co-conduttore. Grazie equipaggio per avermi permesso di accorgermi che c’era un compagno di viaggio che non avevo ancora conosciuto.

Viaggi, direzioni e destinazioni: muoversi nel labirinto dell’SPDC²⁸

La mia esperienza con il progetto “Argonauti” inizia a ridosso dell’estate del 2016. Mi trovo al terzo anno di specializzazione in psicoterapia, nella mia scuola in particolare è un anno di svolta: il modello teorico è ben sedimentato, gli strumenti ben conosciuti, è il momento di lanciarsi a pieno nell’esperienza clinica. Si comincia a sentire l’esigenza di voler delineare il proprio percorso, emergono molte domande: “che tipo di psicoterapeuta vorrei essere?”, “con quali pazienti potrei fare meglio il mio lavoro?”, “con quali invece potrei avere delle difficoltà?”. All’inizio mi sento un pesce fuor d’acqua, frequento una scuola con un approccio teorico differente da quello della maggior parte dei miei colleghi di tirocinio, ma trovo un gruppo accogliente, disposto ad arricchire la sua esperienza dai contrasti piuttosto che farne motivo di incompatibilità nel lavoro. Per questo motivo, accolgo la proposta di entrare a far parte di Argonauti piena di entusiasmo, voglia di imparare quanto più possibile e con una piacevole sensazione che accompagna un po’ tutte le sfide nella vita: quel perfetto bilancio tra paura di affrontare un contesto così difficile e speranza di poter fare attraverso piccole azioni, qualcosa di grande. Il primo impatto all’interno del reparto di Diagnosi e Cura è travolgente, il contatto con i livelli più alti della sofferenza, è inizialmente spiazzante.

²⁸Doriana De Marco: Ricercatrice Post-doc presso Istituto di Neuroscienze (Consiglio Nazionale delle Ricerche, sede di Parma) e Psicologa Specializzanda presso AUSL parma (4° anno Scuola di psicoterapia HUMANITAS, Milano). Progetto argonauti anno 2016-2017. doriana.demarco@gmail.com

Sono entrata a testa alta, con la mia valigetta carica di modelli e strumenti, con ben impresse in memoria pagine e pagine di concetti pronti ad essere sciorinati con disinvoltura, per poi rimanere invece bloccata da una sensazione di impotenza davanti a un contesto clinicamente così duro. La mia mente non tarda a mettermi subito in guardia, urlando a gran voce “ma cosa puoi fare tu, in più, in mezzo a tutto questo?”. Laddove la psichiatria e le neuroscienze ancora hanno molteplici domande a cui rispondere, che valore aggiunto ha la psicoterapia clinica? Le mie due anime di ricercatrice e psicoterapeuta in formazione non posso fare altro che convergere verso un unico, grande, punto interrogativo. Eppure, a guardarle bene, queste persone in questo spazio ciclico, apparentemente senza uscita, sembrano bloccate lungo il loro viaggio nella stessa maniera in cui noi stessi rimaniamo bloccati nel nostro, quotidianamente. E ne ho la conferma, quando nei mesi a venire rivedo queste stesse persone rivivere il ricovero, come se stessero tentando in tutti i modi di trovare una via di uscita, ritrovandosi però, sempre nello stesso punto. E tutti noi, assieme a medici, infermieri, OSS, parenti, amici, proviamo a prenderli per mano e ad accompagnarli lontano dalla loro sofferenza, tentando di rimuovere tutti gli ostacoli che ci si presentano davanti. Quanto è difficile muoversi in questo grande labirinto. Per fortuna lungo il percorso ogni tanto troviamo delle isole in cui ristorarci e riposarci, dove colleghi, supervisori e altri viaggiatori si scervellano assieme a noi per risolvere lo stesso problema; ma non si sa come, alla fine, anche noi ci ritroviamo spesso al punto di partenza.

In clinica molti psicoterapeuti utilizzano le metafore per meglio far comprendere alcuni concetti ai propri pazienti. Si dice che una buona metafora debba però non solo far capire un concetto, ma anche fornire “una

via d’uscita”, ovvero insegnare al paziente come poter percorrere una strada alternativa. E molto spesso, benché la nostra mente si sforzi in tutti i modi di cercare soluzioni alternative, continuiamo sempre a percorrere gli stessi binari, fino a che, in un modo o nell’altro, l’esperienza ci porta, quasi per caso, a percorrere strade diverse. Ed è proprio lì, che sperimentiamo conseguenze inaspettate. E quindi? E quindi è stata proprio una nuova esperienza, a dare qualche risposta alle mie domande. E’ un ancora non troppo freddo lunedì di novembre, e gli Argonauti si accingono a sperimentare questa loro metafora: partono da Parma in direzione Fontanellato, si dividono in coppie, e decidono di percorrere il Labirinto della Masone, il più grande labirinto esistente del mondo. La mia compagna di viaggio è Cristina, non ci conosciamo bene, ma insieme quel giorno, quasi per caso, ci troviamo d’accordo su una scelta importante: dimentichiamo le mappe, dimentichiamo l’obiettivo, scegliamo di goderci il viaggio nel labirinto così come viene, scegliamo non dove andare, ma come passare questo tempo. Scegliamo di essere presenti, di osservare le distese di bambù, di notare dove stiamo andando, con il solo fine di muoverci verso quello che per noi conta in quel momento: goderci il viaggio. I minuti passano, siamo partiti senza bagagli, ma piano piano, un peso sulla nostra schiena comincia a prendere forma. Perdiamo la strada e per due volte di fila, ci rendiamo conto di essere tornate al punto iniziale. E’ la frustrazione, che gradualmente prende la forma di un pesantissimo zaino sulle spalle che schiaccia il nostro entusiasmo: tutta questa fatica, e poi? Per che cosa? E’ un peso ingombrante, il desiderio di toglierse lo di dosso è forte, automatico, umano, e ruba tutte le nostre energie. Ad un tratto ci ritroviamo a ricostruire il percorso fatto, a pensare dove abbiamo potuto sbagliare, a

cosa potremmo fare per uscire. La mente macina, pensa al passato, si preoccupa per il futuro. E in quel momento, mi rendo conto, che non posso più godermi il viaggio, non riesco più a stare nel presente, la mia unica preoccupazione è allontanare quella brutta sensazione che ha rovinato la mia vita, le mie aspettative, le mie belle sensazioni di gioia e spensieratezza. Ma è proprio in quel momento di consapevolezza che riesco a capire che, in effetti, sono riuscita a rendermi conto di tutto questo. Ed è proprio questa consapevolezza, che in quel momento riesce a fermare quel turbine di pensieri negativi che viaggiano a velocità della luce nella mia mente, interrompendo per un momento quella lotta faticosa per togliermi quel pesante zaino dalle spalle. Penso che dopotutto, questo zaino, messo qui, sulle mie spalle non può impedirmi in realtà di continuare a godermi il viaggio, non può impedirmi di godere di questo tempo di qualità. Pensare in tutti i modi a come fare per togliermelo invece, in effetti è una lotta continua sui cui devo per forza concentrarmi a pieno. Sì, devo ammetterlo, è pesante e non particolarmente piacevole. Ma sono disposta a sostenere questo peso per quello che per me conta davvero in quel momento? Posso farlo? Faccio un piccolo passo, e scopro di sì, e quella mobilità, anche se un po' zoppicante e affaticata a causa del peso, mi lascia quelle stesse sensazioni positive provate all'inizio, quando avevo appena varcato l'ingresso di questo labirinto con una incredibile voglia di scoprire. Quel giorno ho capito quello su cui gli Argonauti potevano fare la differenza. Aiutare i pazienti ad imparare a muoversi nella direzione giusta, a non rimanere bloccati nel labirinto impiegando tutte le loro forze per schiacciare la sofferenza. Sì, dobbiamo prenderli per mano, ma anziché combattere le loro

stesse estenuanti battaglie contro il dolore, di cui sono esperti molto più di noi, è nostro compito incoraggiarli ad avere la forza di portare il loro pesantissimo bagaglio con sé, senza paura, per muoversi verso nuovi binari, verso ciò che per loro conta davvero. Perché il rischio, è che quando qualcuno ti chiama "paziente", potresti passare tutta la vita a cercare di non esserlo. E tutti questi sforzi, alla fine potrebbero portarti a cercare uscite impossibili, percorrendo strade battute centinaia di volte senza successo, nella vana speranza che le cose a un certo punto possano cambiare. Il nostro compito può essere quello di togliere questa rischiosissima benda sugli occhi, far aprire lo sguardo a nuovi percorsi, a nuove possibilità. Vi chiederete se alla fine io e Cristina siamo uscite dal labirinto, e se ne uscirete voi prima o poi. Ma ve l'ho detto, l'obiettivo non è importante. Godetevi il viaggio.

I binari dell'Spdc e il mio viaggio²⁹

La mia esperienza nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc) inizia nella consapevolezza di non aver mai lavorato con i gruppi e nemmeno con pazienti psichiatrici, per questo accetto con piacere di sperimentarmi. Dopo alcuni giorni di affiancamento arriva il momento del mio primo turno da sola. Vengo "accolta" da un camice bianco al femminile che mi scruta con sguardo interrogativo, cercando nel mio volto un nome e un ruolo. Imbarazzata mi presento ed entro in reparto, chiudendo con cura il portone alle mie spalle. Mi avvio in infermeria dove è già iniziato lo scambio di consegne. Un medico passa in esame tutti i pazienti, indicando per ognuno motivo del ricovero, tipo di ricovero, diagnosi, tempi di dimissione, terapie farmacologiche e possibile decorso post dimissione. Io tengo in mano il foglio dei colloqui effettuati dai

²⁹Chiara Rainieri, psicologa specializzanda, chiara.rainieri@libero.it.

colleghi Argonauti del lunedì e del giovedì pomeriggio. Mi accorgo che alcuni dei pazienti ricoverati hanno avuto un primo colloquio, ma ho solo un nome e una data. Nessuna informazione rispetto al contenuto del colloquio, quindi scelgo di non proferire parola. Ripensando ora a quel momento anche se avessi avuto un report dei colloqui probabilmente non sarei intervenuta: la mia sensazione era che le mie informazioni fossero di poco conto. Dopo lo scambio delle consegne inizia il giro visite. Una sfilata di camici che varca soglie e si ferma davanti ad ogni letto, concedendo ad ogni paziente qualche minuto. I casi sono molto differenti tra loro, così come le terapie farmacologiche e gli annessi effetti sulla condizione psicofisica del paziente. Tollerare quelle fugaci entrate e uscite dalle camere è tosta! Non mi infastidisce la bava di alcuni pazienti o i forti odori di una scarsa cura di sé. Ho infatti lavorato per due anni in un centro di riabilitazione per gravi cerebrolesioni acquisite e la visione di menomazioni, disturbi cognitivi e/o emotivi e rallentamenti psico-fisici non provocano in me particolari turbamenti. Quello che mi risulta difficile sostenere è la consapevolezza che in Spdc quei segni visibili sul corpo sono l'effetto dei farmaci. Mi chiedo quale sia la storia di ogni persona ricoverata, che tipo di relazioni costellino quei sintomi e che significato abbiano per il paziente. La mia sensazione è che il reparto li paragoni ad un fastidioso rumore che è necessario abbassare. Io continuo a pensare che vorrei ascoltare quel rumore provando a decifrarne una melodia. Finisce il giro visite e arriva il momento del gruppo. Come ho visto fare da alcuni colleghi chiedo agli infermieri se qualcuno di loro vuole partecipare al gruppo. Si fa avanti Gianni. Chiedo a lui che moduli tratterebbe con i pazienti che attualmente 'popolano' il reparto. Sfogliamo insieme gli argomenti e propone "I farmaci". Io credo di essere sbiancata e con

un filo di voce gli chiedo se gli va di condurre il gruppo, poiché quell'argomento lo sento più suo che mio. Sentivo la paura di fare una brutta figura davanti a lui e di trovarmi in difficoltà con le domande dei pazienti. L'infermiere accetta e inizia a condurre il gruppo. È molto competente, ma parla da esperto, con un linguaggio che mi appare difficilmente comprensibile senza una base di neurofisiologia. Mi tornano alla mente le lezioni di neuroscienze seguite all'università. Gradatamente riesco ad inserirmi tra le parole dell'infermiere. Noto che i pazienti ascoltano, domandano, conversano tra di loro. Io e Gianni costruiamo una specie di danza che coinvolge e incuriosisce. I pazienti che sembravano vicini alla catatonia provano a dire qualche parola, seppur bisbigliata. Purtroppo il tempo vola e il gruppo finisce. Ringrazio l'infermiere che mi rimanda la sua voglia di affrontare argomenti più relazionali con i pazienti. Io penso di aver incontrato uno dei pochi "dissidenti interni" rispetto al rigido copione ereditata dalla vecchia guardia. In passato infatti il gruppo del mercoledì mattina era gestito da una psicologa di formazione cognitivo-comportamentale. Gli restituisco che mi sento sulla sua stessa lunghezza d'onda e che riferirò la proposta al gruppo di lavoro. Finisce la mia mattinata saluto, ma solo poche voci ricambiano. La settimana successiva torno in reparto. Alla mattina è dura trovare la motivazione per andare. Tra i miei pensieri diverse domande: chissà se riuscirò a fare un buon gruppo con tutti quei pazienti sedati, chissà se quei quaranta minuti serviranno ai pazienti, chissà se si ricorderanno di me, ecc.. Con poca voglia mi dirigo in reparto. Tutto il personale è mobilitato da un paziente straniero, ricoverato con Trattamento Sanitario Obbligatorio (Tso). Il ragazzo tenta di scappare dalla porta di ingresso. Sta fermo davanti alla maniglia con un sacchetto di plastica in mano. Parla poco italiano e quel-

le poche parole sono pronunciate con difficoltà articolatoria. Il paziente rifiuta la terapia. I medici chiamano la vigilanza. Non capisco. La vigilanza in un reparto di diagnosi e cura? Per che motivo? Arrivano tre uomini, circondano il ragazzo e iniziano a parlare con lui cercando di persuaderlo a farsi fare l'iniezione. Piano piano infermieri, medici e specializzandi si riuniscono in cerchio attorno a lui. Sono immobile. L'intero personale del reparto è concentrato su quel paziente. Il giro visite è stato sospeso invitando tutti i pazienti a rimanere nelle camere. I medici e gli specializzandi guardano. Mi avvicino anche io nonostante ad ogni passo sento lo stomaco chiudersi sempre di più. La vigilanza è riuscita ad avvicinarsi al ragazzo, qualcuno suggerisce di prendergli la borsa, un altro sostiene che questo lo possa agitare. Osservo. Ad un certo punto uno dei vigilanti inizia a scherzare con il paziente e sarà lui che, prendendolo sotto braccio, lo convince ad andare in stanza. Dietro a loro un corteo, che assomiglia a quello di una processione. Uno psichiatra mi guarda e verbalizza questa stessa immagine chiedendosi se sia il caso di pensare a delle linee guida per affrontare questi casi. Impiego qualche giorno per metabolizzare quello che ho visto. Ma questa esperienza mi servirà per affrontare le altre giornate in reparto. Dentro di me infatti si fa sempre più forte la convinzione che durante il giro visita sia mio compito invitare al gruppo *tutti* i pazienti, anche quelli che appaiono più assonnati, deliranti, svegliati (eviterò non senza difficoltà solo quelli per i quali i medici esprimono chiaramente il loro dissenso). Inoltre, nonostante il camice bianco che devo indossare, mi ricordo di possedere un mio stile nell'approccio relazionale con il paziente; esso si fonda sull'attenzione ai dettagli e alla cura degli aspetti non verbali della comunicazione. Posso allora osare una mano sulla spalla di un paziente

come conforto o una parola in più durante l'invito al gruppo. Sì, fatico a stare dentro ai binari imposti dal contesto non perché ami la strada più impervia, ma perché credo che possa essere fonte di nuove scoperte e inaspettati stimoli sia per me che per l'intero dispositivo di cura. Durante il gruppo chiedo ad un paziente di aiutarmi a seguire la scaletta del tema da affrontare. Mi sorprende vedere quanto sia abile a interrompere la discussione del gruppo al momento giusto, nonostante l'impressione che il suo corpo dà sia di essere psichicamente assente. Quello stesso giorno gli infermieri mi aiutano a reclutare i pazienti che, spontaneamente, non sarebbero venuti al gruppo. Il reparto è piuttosto vario: chi è più reattivo si rifiuta di partecipare, chi invece è più assopito si accomoda in saletta, sprofondando nelle accoglienti poltrone. Penso che sarà un fallimento. Con mia grande sorpresa il gruppo è numeroso e interviene nella discussione. Su mio invito partecipa uno specializzando di psichiatria; si aggiungono due infermieri che alla fine del gruppo mi ringraziano soddisfatti. Le mie paure vengono placate. Lo scoglio più grande è stato quello di trovare la mia modalità di conduzione di un gruppo nato come cognitivo-comportamentale dando però attenzione agli aspetti relazionali. Il tutto avendo come spettatori infermieri, formati a lavorare in quel modo che a me sta tanto stretto. Ricordo di essermi chiesta se ciò che sentivo più pesante fosse l'impostazione del gruppo o la mia difficoltà a posizionarmi in un dispositivo di cura già strutturato, all'interno del quale avrei dovuto tollerare un vissuto di non riconoscimento e di estraneazione. La settimana successiva un infermiere mi spiega che in reparto è presente un paziente che porta una narrazione intrisa di tematiche religiose che sfocia in deliri. È stato ricoverato con un TSO. L'infermiere chiede se potrebbe essere utile parlare di

religione nel gruppo di oggi. La psichiatra, che pare non ascoltare i nostri discorsi, si gira non approvando l'idea di ascolto del delirio. Sorrido all'infermiere e gli propongo il tema "Cos'è successo prima del ricovero" strizzandogli l'occhio. Con dispiacere il mese successivo lascio gli Argonauti e il reparto per impegni lavorativi. Un giorno mentre mi dirigo al Centro di Terapia della Famiglia dove proseguo il tirocinio di specializzazione sento una voce che chiama "Dottoressa!". Mi giro ed è lui: il mio aiutante del gruppo del mercoledì uscito dall'Spdc e ora "ospite" del Centro Santi. "Dottoressa facciamo i gruppi anche qua?" mi chiede. Sorrido e penso che la strada fuori dai binari è lunga e impervia, ma ricca di sorprese. A chi si cimenta in quel cammino vorrei ricordare di non perdere mai di vista la rotta del pensiero dominante, ricercando momenti di scambio con gli attori coinvolti nel dispositivo di cura. Solo in questo modo si potranno costruire contesti rizomatici, ove non esiste un centro, ma ogni punto è connesso con qualsiasi altro. Questa assenza di memoria organizzatrice restituisce un grande insegnamento: non vi è un'unica direzione percorribile, ma il percorso di cura ottimale può essere conosciuta solo nel momento in cui lo si attraversa.

La "combriccola degli strambi" alla conquista del tempo.³⁰

Maria è una donna stanca, ma così stanca da non aver nemmeno più voglia di pensare. Carlo, il forzuto, è un ragazzotto sempre arrabbiato e convinto che il mondo ce l'abbia con lui. Marco ha lo sguardo vuoto, parla poco e quando parla dice che non sa più per cosa valga la pena lottare, si sente solo. Antonio invece ha un sacco di amici,

peccato che nessuno riesca a vederli o a sentirli parlare, e la cosa lo spaventa molto. Li chiamano la "combriccola degli strambi", e sono stati mandati per qualche giorno in una struttura, per poter stare meglio. Ed è qui che tutti loro sono diventati protagonisti di un'avventura. Da tempo nei corridoi si sente bisbigliare della Porta Arancione, al di là della quale si trovano i segreti della vita, custoditi dai guardiani vestiti di bianco. Così un giorno, un po' per gioco e un po' per noia, la combriccola e molti ospiti della struttura decidono di mettersi alla ricerca della porta. Cercano per ore, per giorni. Devono fare in fretta. Finalmente un pomeriggio eccola lì, la Porta. Alcuni, forse meno coraggiosi, tornano indietro. Ma la nostra combriccola e qualche altro ospite si fanno avanti con audacia. All'inizio nessuno parla e tutti si guardano tra loro. Non sanno cosa fare, cosa chiedere ai guardiani. È Carlo a rompere il silenzio, gridando con rabbia: "Se davvero sapete tutti i segreti della vita, ditemi cosa dobbiamo fare? Perché dobbiamo stare qui? Come potremmo mai stare meglio in questo posto?!". Gli altri, anche se non sono completamente d'accordo, condividono la frustrazione di Carlo. Tutti si sentono abbandonati a se stessi. Molti non credono che riusciranno a riprendersi e a dare una svolta alla loro vita. Non c'è abbastanza tempo! La combriccola e gli altri parlano a lungo con le due figure vestite di bianco. Parlano della sofferenza. Si chiedono come fare per ritrovare l'energia, la spinta ad andare avanti. Parlano delle loro paure, della solitudine e dell'isolamento, della rabbia. Parlano delle medicine che sono costretti a prendere per stare meglio, e di come a volte queste li facciano sentire meno se stessi. Qualcuno piange. Altri invece dicono di riuscire a vedere una via

³⁰Dzenita Voltattorni Mujic, dzenita.v mujic@libero.it, tirocinante post-laurea, in SPDC dal 16 Gennaio 2017

d'uscita e provano a infondere un po' di speranza in chi non ne ha. I guardiani vestiti di bianco prendono la parola: "Esiste un tempo infinito, che non si può controllare, un tempo perduto, col quale si deve convivere, e un tempo che non arriverà mai, perché non tutto ciò che si desidera può essere raggiunto. Ed esiste anche un tempo necessario, in cui precipitare, per poter rinascere". Così come erano arrivati, i guardiani se ne vanno. Nessuno sa se torneranno ancora. Dietro la Porta Arancione la combriccola non ha trovato risposte, ma una consapevolezza. Non riusciranno mai a fermare il tempo, ma possono togliere le pile dall'orologio e smettere di guardarlo per un po'. Possono rubare qualche momento alla vita e semplicemente stare con se stessi...lontani dalle cose del mondo, ma abbastanza vicini da lasciarsi sfiorare, in attesa di un tempo giusto.

Perché un tirocinio in un reparto per acuti?³¹

*"Tu prova ad avere un mondo nel cuore
e non riesci ad esprimerlo con le parole,
e la luce del giorno si divide la piazza
tra un villaggio che ride e te, lo scemo,
che passa,
e neppure la notte ti lascia da solo:
gli altri sognan se stessi
e tu sogni di loro [...]"*
Fabrizio De André – *Un matto*

Ricordo ancora quando mi è stato proposto la prima volta di iniziare questo tirocinio presso il reparto di Diagnosi e Cura (SPDC). Avevo già frequentato il reparto durante i tirocini per la preparazione dell'esame di Psichiatria a Medicina e avevo già un po' visto quella che era la routine quotidiana, ma non

avevo mai avuto modo di sperimentare un rapporto diretto e personale con i pazienti. Questo un po' mi destabilizzava, non avevo assolutamente idea di cosa aspettarmi, e quello che ho trovato mi ha decisamente sorpreso. Nel mio immaginario lo SPDC rimaneva comunque *l'extrema ratio*, quasi un punto di non ritorno, e lo vedevo non tanto come un luogo di riabilitazione, quanto come un luogo principalmente di contenimento. Lavorando con i pazienti in stato di acuzie mi sono reso conto però che ci sono sì delle situazioni abbastanza cronicizzate, ma che ci sono anche tante persone che sono "di passaggio", questo mi ha aiutato a ricostruire il mio concetto personale di malattia psichiatrica e di paziente psichiatrico, da lineare e statico sono passato in una prospettiva più evolutiva. Partendo da quella che era la mia formazione universitaria nei primi momenti è stata una sorpresa vedere come questi pazienti in stato di acuzie fossero così simili a come erano descritti sui libri *-da manuale-*, il passaggio successivo è stato quello di vederli come persone, di chiedermi il perché del sintomo, il perché della patologia. Cosa mi ha dato questo tirocinio? Non sapevo che cosa aspettarmi ed è stato un luogo di grandi lezioni. Senz'altro una visione diversa della malattia, e poi la conferma che il lavoro principale in un contesto di ascolto è quello che bisogna fare su di noi. A volte mi sono sentito tentato di dare consigli, interpretazioni lineari di alcune situazioni, ma la domanda che mi fermava e con la quale ho iniziato a confrontarmi è questa: quello che sto per dire è per un interesse ed un bisogno mio o per l'interesse del paziente? E così ho fatto mio il concetto che noi non siamo i possessori delle soluzioni dei problemi degli altri, ma siamo lì, al massimo

³¹ Simone Lupini, allievo Iscra, Il anno, tirocinante AUSL-Centro per le Famiglie, medico iscritto al CFSMG AA.2014-2017, nel progetto Argonauti negli anni 2016 e 2017, simone.lupini@gmail.com

per catalizzare un processo, per facilitarlo. Come si può del resto pensare di cambiare la vita di un'altra persona, è già così difficile gestire la nostra. Poi ho imparato che bisogna essere umili, non bisogna strafare, non bisogna pretendere tutte le volte di fare il colpaccio, di trovare una interpretazione che come un grimaldello apra tutte le serrature chiuse nell'anima dell'altro, è un bisogno mio, non necessariamente dell'altro, o magari non in quel momento.

Tante volte il tirocinio è anche routinario, non sempre si hanno risultati durante le sedute, quando capita certo fa piacere ma non è la regola e poi quella è una mia aspettativa, non è l'aspettativa del paziente.

Un caso particolare

In un recente colloquio individuale nel giro di un'ora un paziente ha ripercorso alcuni dei passaggi più crudi della sua esistenza e che lo hanno segnato profondamente. Inizialmente era chiuso, indispettito per il fatto che gli era stato chiesto di aspettare qualche minuto prima di poter effettuare il colloquio. Qualche domanda generale, come si sente adesso, che lavoro fa, cosa lo ha portato qui... parla di un lavoro che non gli piaceva, nel quale le regole continuavano a cambiare, dove avevano sempre da dire su quello che faceva, e poi un altro, l'ultimo, di consegne a domicilio, dove invece riusciva ad avere un suo spazio per esprimersi. Poi la sfida, fa un accenno sibillino a degli episodi di violenza sessuale, parla di pedofilia, del ruolo della donna nella vita, ci sfida, ha bisogno di capire se si può fidare e se può parlare, ha bisogno di sapere prima se quello che sta per dirci incontrerà accoglienza o paura, disgusto, giudizio. E così parte, racconta di quando era bambino, di come è stato sedotto, del suo imbarazzo, del senso di colpa e di impotenza, del fatto di sapere che stava facendo una cosa strana ma non si è sentito di rifiutare, di opporsi. Poi

parla delle donne, del fatto che secondo lui sono inutili, che si potrebbe benissimo vivere senza, parte per un delirio, dopo qualche domanda ritorna su un piano di realtà, parla dei difficili rapporti con il padre che se ne è andato. Ci sfida ancora, adesso che ci ha raccontato la sua storia, che ci ha detto cose di sé di cui non ha mai parlato si sente vulnerabile e vuole delle rassicurazioni sul futuro. La seduta si chiude. Io e l'altra tirocinante con me siamo molto euforici, soddisfatti, abbiamo lavorato con un paziente che, in un'ora ci ha portato una panoramica della sua vita con i suoi potenziali fattori di disturbo, parla di un trauma subito, parte per un delirio e viene contenuto, alla fine della seduta dice che gli ha fatto bene e che aveva bisogno di parlarne... forse anche troppe cose in una volta sola? Tornano a casa, penso con soddisfazione a questo colloquio e mi chiedo: perché sono contento? Sono stato con una persona che mi ha parlato delle sue difficoltà e io sono a pensare a come abbiamo gestito il colloquio al fatto che possiamo essere stati più o meno bravi, e lì mi accorgo che si apre un nuovo capitolo di consapevolezza su di me sul perché e per chi fare ed essere terapeuta... e il lavoro su di me continua.

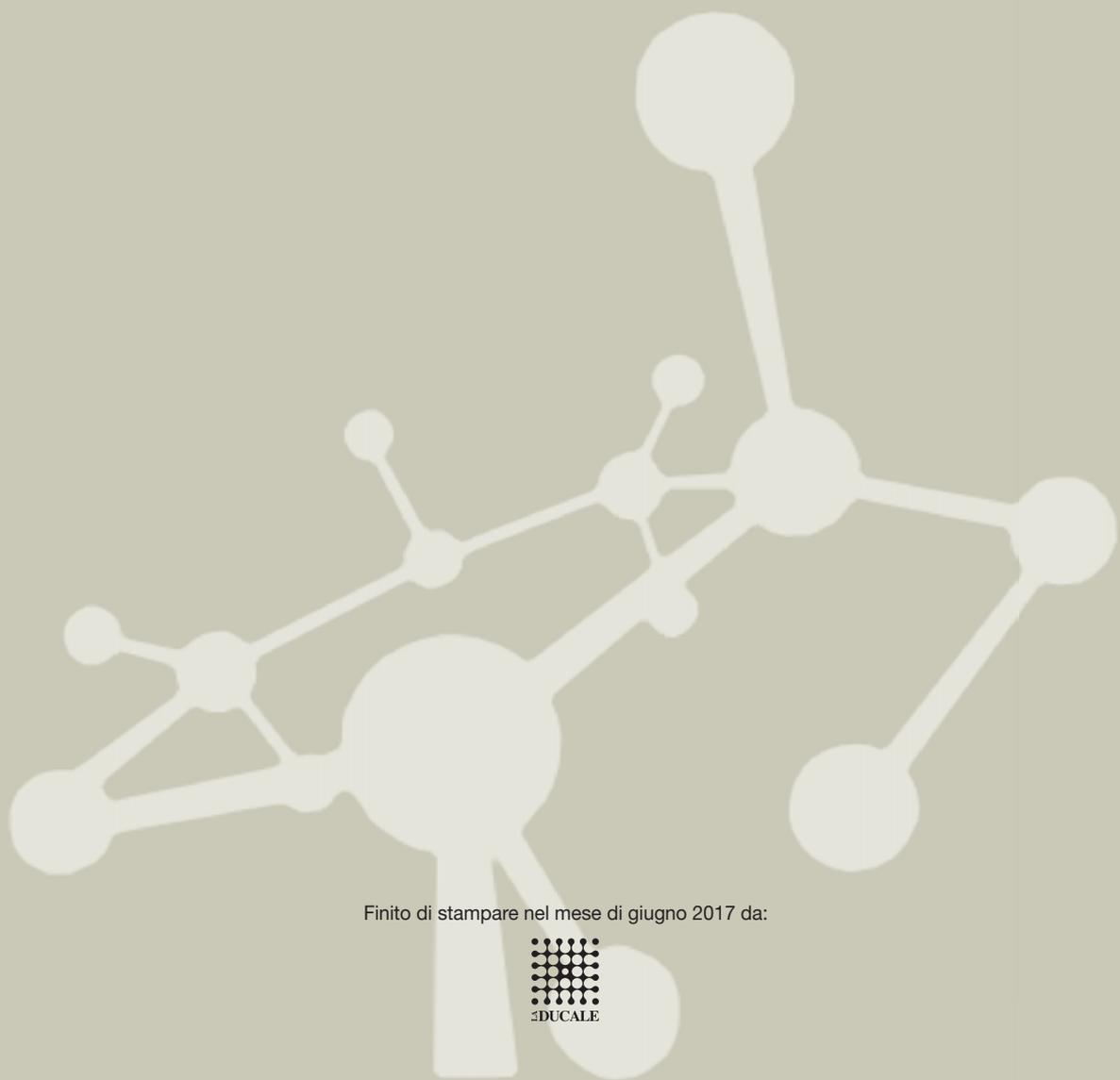
Note











Finito di stampare nel mese di giugno 2017 da:





