05 luglio 2018

Fantasie di controllo in rivisitazione

Federica Melis – Gruppo L

Con questo resoconto intendo proporre una riflessione sul rapporto tra i primi mesi di tirocinio presso un Centro Diurno (CD) per pazienti psichiatrici dell'Asl Roma 2, il mio lavoro di consulenza alle aziende private e la formazione psicoanalitica in SPS. Inizio a ipotizzare che il tirocinio mi stia aiutando a capire progressivamente quanto le mie fantasie di controllo, organizzanti alcuni rapporti di consulenza con le aziende, siano problematiche, oltre che foriere di noia e insoddisfazione. Un primo indizio in tal senso è che nel tirocinio io mi sento entusiasta, divertita, fiduciosa come ormai raramente mi accade nel lavoro. Inoltre, mi sembra di intuire che più rinuncio a controllare le relazioni, più percepisco come interessanti i miei interlocutori. Penso, infatti, che la stima che provo nei confronti del dott. Z, responsabile del servizio e mio tutor, abbia a che fare con la competenza a pensare obiettivi insieme, con l'interesse reciproco a collaborare rispetto ai problemi che individuiamo. Ad oggi, il mio tirocinio si sta sviluppando attorno alla possibilità di pensare la relazione tra CD e pazienti, sia attraverso la conduzione di un gruppo di confronto con gli utenti del laboratorio parrucchieri sia con la partecipazione alle riunioni con gli operatori. Pur essendo in stretta connessione, in questo resoconto mi vorrei soffermare principalmente sull'intervento con l' "équipe allargata", composta da tutti gli operatori (responsabile, infermieri, artigiani) e da me.

Quali problemi

Come resocontato in precedenza, ho condiviso con il dott. Z. l'ipotesi di un forte conflitto agito attraverso un ignoramento aggressivo tra le infermiere, che portano avanti le proprie attività senza mai confrontarsi con gli artigiani, e questi ultimi, che sentono di poter lavorare bene solo quando il personale sanitario si disinteressa di ciò che fanno. Le infermiere si propongono come garanti di una frequenza assidua e non violenta dei pazienti alle attività del CD, con un costante presidio sugli aspetti burocratici e normativi; gli artigiani sembrano aderire alle fantasie di tecnicalità suggerite dal loro nome, assicurando la produzione di disegni, tagli di capelli e cortometraggi anche a costo di sostituirsi ai pazienti stessi. In comune, sembra che entrambe le figure non sappiano bene che farsene dei rapporti instaurati con i pazienti: probabilmente l'ignoramento reciproco ha a che fare con l'ignoramento dei problemi portati dall'utenza. Il conflitto tra infermieri e artigiani diventa evidente quando sono chiamati dal responsabile ad interloquire, magari per capire un insolito comportamento da parte di un paziente, ed è in queste occasioni che il dott.Z., temendo un inasprimento del conflitto, interviene rimarcando le differenze di potere tra ruoli.

Il CD appare dunque permeato da una cultura fondata sul controllo, che sembra esaurire ogni possibilità di soddisfazione e creatività. Il dott.Z dice di non poterne più di questa situazione, di non sapere come ha fatto a creare un servizio così diverso dalle sue idee iniziali, di *"creazione di un servizio rivolto all'esterno basato sulla psicoterapia diffusa"*, e mi chiede aiuto su questo.

Le riunioni autoreferenziali come strumento di controllo

Proviamo a recuperare insieme la storia del CD, alla ricerca di indizi utili a dar senso a questi rapporti. Il dott.Z racconta che lui, nella fondazione del servizio nel 1998, chiese alla ASL di poter avere in organico degli educatori o degli psicologi. Arrivarono invece 4 infermiere e individuò come loro uniche competenze di ripiego quelle genitoriali. Cosa intende con competenze genitoriali non mi è ancora chiaro, così come una loro spendibilità rispetto alle finalità che il servizio ha individuato 20 anni fa: *"All'inizio puntavo molto sulla funzione di reverie, eravamo tutti e 5 neo-genitori, poi devo aver seminato male e si è presa la deriva del controllo"*.

Quanto lui partecipi a questa dinamica controllante si palesa soprattutto nelle riunioni d'équipe settimanali: dei noiosi teatrini in cui in modo rituale le infermiere riportano con estrema precisione ogni frase detta da loro e dai pazienti, affinché lui sia informato e messo nelle condizioni di trasferire loro la nozione psicologica più adatta al caso. Dal canto loro, le infermiere incarnano con convinzione il ruolo di informatrici, assumendo il potere di chi è più a contatto con il paziente, ma al contempo lamentandosi di non sentirsi riconosciute.

Come alternativa a questa dinamica abbiamo pensato di riorientare le riunioni d'équipe (alle quali partecipiamo noi due e le infermiere) in modo da farle diventare strumento per farsi venire insieme delle

idee a partire dalla comprensione delle questioni che i pazienti portano, alla ricerca di una corrispondenza tra problemi e attività proposte ai pazienti. Con il medesimo obiettivo, abbiamo pensato inoltre di proporre un incontro mensile a infermieri e artigiani, in cui poter monitorare le relazioni all'interno del servizio.
L'idea di Z. è di partire da queste riunioni di équipe allargata per poi giungere ad una strutturazione di piccoli gruppi di lavoro, suddivisi per laboratori, che prevedano la partecipazione delle 2 infermiere e dell'artigiano titolari del laboratorio. Mi racconta di aver già condotto delle supervisioni così organizzate, ma di averle interrotte dopo qualche mese perché affaticato da tutte queste conduzioni. Condivido con lui un'ipotesi, ovvero che la sua fatica parli di un altro problema, quello di tenere assieme le riflessioni prodotte in gruppo e i problemi incontrati nel lavoro quotidiano. L'autoreferenzialità delle riunioni sembrano poggiare le basi su una premessa: i pazienti e gli operatori sarebbero portatori di mancanze da colmare. Gli operatori sarebbero privi di nozioni psicologiche, necessarie per intervenire sui deficit di cui a loro volta sarebbero portatori i pazienti psicotici. Proporgli di tenere assieme questi aspetti e di incuriosirci rispetto al funzionamento del servizio sembra aver intercettato un desiderio ad occuparsene in modo alternativo all'impotenza di dover colmare individualmente le presupposte lacune di tutti. Ci diciamo che stavolta la suddivisione in piccoli gruppi per laboratorio potrà essere un eventuale prodotto del lavoro in équipe allargata, una metodologia che possiamo proporre in base agli obiettivi che il gruppo si darà.

Dall' équipe allargata…
Gli incontri in équipe allargata sono stati accolti con entusiasmo dagli artigiani e con iniziale disinteresse dalle infermiere. La prima riunione prende avvio dalla rabbia delle infermiere verso i pazienti, sempre più pigri, irrispettosi e svalutanti nei loro confronti: è difficile convincerli a partecipare alle attività e non capiscono che dietro un invito del CD, ad esempio alla gita domenicale, c'è la loro fatica. Secondo il dott. Z, una soluzione potrebbe essere quella di indurre nell'utenza uno stato di mancanza, così che sulla base del bisogno siano costretti a rivolgere loro delle richieste sorrette da un buon livello di motivazione. Le infermiere, invece, pensano che un maggior presidio sulle regole possa ristabilire il corretto ordine tra dovere e piacere. Provo a tradurre queste idee nella difficoltà di sentirsi costantemente in rapporto a delle pretese, vissute come infinite rispetto alle risorse limitate del CD, e che forse ci si potrebbe chiedere se i pazienti portino dei desideri che ancora non sono stati intercettati dal CD. Introduco la possibilità di differenziare tra bisogno e desiderio, laddove se il primo rischia di essere una questione individuale incolmabile, che fa sentire gli operatori impotenti, il secondo ha a che fare con il rintracciare dei limiti, ad esempio negli obiettivi del servizio, ma anche nelle competenze e nell'implicazione di chi ci lavora. Mentre parlo sento di aver sbagliato, di aver rischiato dicendo delle cose confuse e approssimative, che non so bene dove porteranno. Inaspettatamente il gruppo si anima, inizia a fare associazioni sul desiderio così inteso e dichiara l'interesse a vedersi il mese successivo per continuare a parlarne.
La seconda riunione non comincia con il solito vociare sui fatti, attraverso cui le infermiere sembrano ignorare aggressivamente la presenza mia o degli artigiani, ma tutti si guardano in silenzio. Dopo qualche lungo minuto, un'infermiera interviene dicendo che forse il problema non è tanto che i pazienti sono pigri, ma che loro si sono appiattiti, spenti. Si rivolge a me, forse per la prima volta, e dice che non hanno più voglia di festeggiare le ricorrenze, neanche il ventennale: *"Di solito in questi casi reagiamo inventandoci nuove attività, perché la novità all'inizio ci dà energia, ma forse questo metodo non funziona, perché siamo sempre punto e a capo".* La questione annosa è che non sanno se il loro lavoro serva effettivamente a qualcosa, un po' perché i pazienti non mostrano grandi miglioramenti, ma anche perché loro non producono beni visibili e quantificabili. Chiedo loro in cosa sentono di essere produttivi, tenendo a mente la mia ipotesi iniziale, ovvero che le funzioni degli operatori e gli obiettivi del servizio sono nebulosi. Il dott.Z dice che producono salute, chiudendo il discorso, forse spaventato. Propongo che, proprio in occasione del ventennale, questo gruppo può avere l'obiettivo di monitorare il lavoro nel CD, per capire come ci stanno e cosa stanno producendo: è la difficoltà a capire in che modo si sta lavorando, con quali obiettivi e in rapporto a quali problemi portati dall'utenza, ciò che rende insoddisfatti.

… allo *"Spazio Bussola"*
L'équipe allargata inizia a prendere il nome di "Spazio Bussola", quasi a sottolineare il disorientamento rispetto al quale c'è una domanda di comprensione da parte degli operatori. Negli incontri di Spazio Bussola iniziano a comparire dei casi, anche da parte degli artigiani. Parlare di specifici pazienti in uno spazio di

lavoro non è facile. L'artigiana parrucchiera, ad esempio, racconta di essere stata invitata da un'utente al compleanno della figlia e sa che il CD chiede di mantenere una certa distanza, ma al contempo si sente in difficoltà nel declinare l'invito. Le infermiere si sdegnano, incredule del non essere state invitate, come se la paziente in questione avesse riconosciuto un rapporto con un artigiano e non con loro. In questo passaggio avverto la difficoltà a rinunciare alle fantasie di possesso sui pazienti e di pensare che i rapporti significativi che si costruiscono nel CD non sono effetti collaterali del loro stare là, ma potenziali strumenti di intervento.
Nell'ultimo incontro prima dell'interruzione estiva, il tema del riconoscimento inizia a declinarsi. Si individuano delle questioni comuni tra artigiani e infermieri, ad esempio quella di non sentirsi riconosciuti all'esterno per quello che fanno, soprattutto da parte della Asl. Propongo che una problema può essere il riconoscimento reciproco tra gli stessi operatori, inteso come capacità di incuriosirsi delle competenze portate dai colleghi al di là di una visione stereotipata e familistica degli stessi. Si attiva una discussione animata. Un'artigiana dice che effettivamente tante idee e proposte vengono tenute per sé, anticipando una reazione negativa da parte delle infermiere; le stesse infermiere ricordano tante idee che hanno messo da parte perché il dott. Z. non le ha sostenute. Con nostalgia si richiama un tempo in cui era più semplice organizzare eventi fuori dal CD, in contrasto con le attuali restrizioni: *"fuori da queste mura c'è una vita stimolante, invece noi siamo condannati all'ergastolo"*.
Ipotizzo che anche in passato debbano aver fatto i conti con le disposizioni Asl, ma che il problema è che adesso vengono vissute come vincoli insormontabili. Propongo che il sentirsi vincolati sia un vissuto e richiamo una notizia letta su internet: un bambino brasiliano di 8 anni, non potendosi permettere l'album delle figurine dei calciatori, se lo è disegnato da solo. Con questo esempio dico che la parte interessante risiede non solo nel modo creativo con cui il bambino fa i conti con i limiti della povertà economica, ma anche nella possibilità che lui si sia divertito nel costruire il suo album (ha disegnato più di 100 figurine!). Il dott. Z. incalza: *"Il CD deve continuare a disegnare figurine, a prescindere dalle risorse e dai vincoli!"*. Avverto subito il pericolo di imbrigliare un possibile desiderio dentro obblighi e doveri. Gli operatori si arrabbiano, ribattendo che da sempre disegnano figurine, sempre le stesse: i laboratori, mai rivisti e mai ripensati. La soluzione sembra essere quella di uscire dalle mura del CD. Condivido con il gruppo un dubbio, sul fatto che il fuori di cui si parla non coincida solo con ciò che sta fuori dalle mura del CD e che magari si può capire insieme. Questi primi mesi di Spazio Bussola si concludono con la proposta di riprendere questi discorsi a settembre. Gli artigiani accettano subito, le infermiere dicono che ci vogliono pensare, infastidendo il dott. Z., che avrebbe voluto una risposta immediata.

Prospettive future

Le questioni emerse nello Spazio Bussola sento che mi riguardano molto da vicino e forse mi appassionano proprio perché non le colloco fuori da me. La ripetitività che vivo nella gran parte delle valutazioni stress lavoro correlato sembra esito e sintomo di relazioni fondate su fantasie di controllo, attraverso le quali sia io che i miei interlocutori ci dileguiamo dalla possibilità di chiederci cosa produciamo.
Mi viene in mente l'ultimo modulo con la prof.ssa Paniccia, in cui ci invitava a considerare l'interpretazione come un contributo alla costruzione di un senso, non come una decodifica. Oppure l'ultima lezione con la prof. Di Ninni, in cui mi son resa conto che certe categorie di comprensione possono facilmente trasformarsi in criteri diagnostici in base ai quali rilevare mancanze da colmare.
Nel tirocinio, ma anche nella consulenza alle aziende, inizio a sentire in modo più autentico che la mia funzione non sia quella di fornire risposte, o immaginare mete verso la quale indirizzare i miei interlocutori.
Noto che durante questi mesi ho proposto alle aziende degli interventi meno strutturati nella forma e nei contenuti, ma più chiari negli obiettivi metodologici. Penso ad alcune valutazioni SLC per le quali concordo con il cliente dei momenti di confronto sia a monte che a valle della compilazione della check-list Inail, volti a costruire insieme un'utilità contestuale della valutazione.
Iniziare ad incuriosirmi seriamente di cosa se ne facciano gli altri delle mie proposte di senso è una prima alternativa al controllo che mi sembra di scorgere. Se da una parte mi spaventa rinunciare alle fantasie di decodifica, anche nello stesso Spazio Bussola, dall'altra sento che forse è l'unico modo in cui sentirsi emozionalmente e utilmente implicati in un processo di consulenza.