21.02.2018

**“Ti lascio prima che mi lasci tu”: resoconto dei rapporti in una casa famiglia.**

Sara Di Giamberardino (Gruppo L)

Da Agosto 2016 ho iniziato a lavorare, nel ruolo di operatrice, presso una casa famiglia che ospita quattro uomini con diagnosi psichiatrica, afferenti al CSM della ASL RM2 (ex ASL RMC).

Arrivo in questo servizio tramite la Cooperativa Sociale per cui lavoro, che gestisce l’appalto di alcuni servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale delle ASL RM1 e RM2.

La casa famiglia prevede un’assistenza di nove ore al giorno, ripartite in due turni, sette giorni su sette, ed offre ai suoi ospiti vitto e alloggio per un periodo di tempo non superiore a tre anni. Il servizio si propone quale finalità lo sviluppo ed il sostegno dell’autonomia dei pazienti ospiti, agendo in principio una separazione molto forte tra pazienti ed i loro contesti di appartenenza, come la famiglia d’origine, vissuti come contesti responsabili, e dunque colpevoli, della “patologia” dei pazienti. Ad esempio i parenti o gli amici di questi ultimi non possono entrare in casa famiglia e l’incontro tra loro può avvenire solo dopo averlo concordato con il CSM di riferimento che rilascia, se d’accordo, un “permesso” scritto.

L’equipe è composta da una psicoterapeuta responsabile dei progetti casa famiglia del CSM, un infermiere del CSM, tre psichiatri che hanno in carico i pazienti ospiti della casa famiglia al CSM, un’assistente sociale del CSM, una responsabile dei progetti casa famiglia della cooperativa, un coordinatore e quattro operatori di cooperativa che lavorano in casa famiglia, tra cui io.

Scrivo questo resoconto nel tentativo di pensare i rapporti, gli obiettivi ed i limiti che organizzano il mio lavoro in questo servizio per cercare di dare senso ad una serie di eventi critici che riguardano gli ultimi mesi.

 In questa fase del lavoro, due pazienti della casa famiglia, Daniele ed Alessandro, sono vicini alla scadenza dei tre anni di permanenza nel servizio; sembra di essere giunti alla “resa dei conti” senza aver dato senso a questo limite di permanenza, dunque entro vissuti dell’equipe e dei pazienti di urgenza e di profondo fallimento. Questi vissuti, negli ultimi mesi, hanno organizzato l’”abbandono” del servizio della responsabile della cooperativa, seguita dal coordinatore e due operatori dell’equipe.

Mi sembra utile a tal proposito recuperare il modo in cui entro a lavorare in questa casa famiglia perché ritengo che possa essere un criterio per dare voce alle fantasie di operatori e pazienti circa la permanenza e l’uscita da questo servizio.

Inizio a lavorare in casa famiglia sostituendo alcuni operatori dell’equipe in ferie. In seguito alle sostituzioni estive, vengo contattata dalla cooperativa che mi propone di sostituire per un anno un’operatrice del servizio in congedo per maternità. Accetto la proposta entro la fantasia che “un anno di tempo” mi avrebbe permesso di iniziare a “lavorare davvero” interrompendo il vissuto di discontinuità che attribuisco alle sostituzioni; faccio anche la fantasia che questo cambiamento avrebbe comportato maggiori responsabilità nei rapporti di lavoro.

L’operatrice che sostituisco, ancora oggi, esce dal servizio in seguito alla maternità; intorno a questo evento, e probabilmente non solo a questo, si organizza la fantasia che per uscire dalla casa famiglia ci si debba “fare una famiglia”. Mi viene in mente un paziente, Marco, che all’inizio di questa esperienza mi chiedeva quanti bambini fossi stata disposta a fare con lui, così saremmo potuti andare via insieme; allo stesso tempo viveva come rassicurante la mia “giovane età” perché allontanava il rischio di andarmene via per una gravidanza, mi diceva “sei troppo giovane per pensare ai figli”. Mi sembra che la fantasia del “farsi una famiglia” organizzi i rapporti tra operatori e pazienti in questo servizio; nel tentativo di metterla in discussione è emersa nel tempo la difficoltà di dare senso alla finalità dell’autonomia che il servizio si propone. L’autonomia viene declinata dai pazienti come l’acquisizione di capacità scontatamente buone e previste, come appunto farsi una famiglia, trovare un lavoro per mantenersi e vivere da soli; declinazioni problematiche che parlano della fantasia di doversela cavare quando si rimarrà soli entro un vissuto di abbandono da parte del servizio. Ipotizzo che questi vissuti organizzino in due modi diversi il rapporto quotidiano tra operatori e pazienti; da un lato si fa come se fossimo amici, agendo la fantasia che i rapporti entro la casa famiglia siano sostitutivi di quelli con l’esterno, dall’altra si fa come se ci fosse qualcuno, l’operatore, in grado di insegnare l’autonomia per come descritta sopra. Entrambe modalità di rapporto che vivo come angoscianti e false e che conducono ad un vissuto di fallimento che sembra comunque preferibile alla possibilità di costruire un prodotto nel lavoro che si fa insieme.

Proprio a partire da quest’ultimo obiettivo, recupero la storia del rapporto con Daniele, un paziente ospite della casa famiglia che attualmente vede l’avvicinarsi del termine della sua permanenza.

Daniele è un uomo di 35 anni che vive in casa famiglia da circa tre anni.

E’ solito tagliarsi i capelli e la barba provocandosi delle rasature sparse che poi tenta di coprire con un pennarello nero; mi sembra ci tenga molto a presentarsi agli altri come “spaventoso”.

Non si lava e dorme sopra un letto ricoperto da diversi tappeti che da l’impressione di essere una cuccia per animali. E’ faticoso avvicinarsi a lui ed alla sua stanza a causa dell’odore.

Ogni volta che entro in casa mi sembra di partecipare ad una sorta di rito da lui proposto; prima mi chiede di offrirgli una sigaretta, sebbene abbia il pacchetto pieno, poi mi chiede “come mi vedi?” e mentre parliamo scruta continuamente il mio sguardo e mi chiede “sei contrariata?”. Mi sento ogni volta messa alla prova entro la sua attesa che io sia, a prescindere, arrabbiata con lui. Provato che non sono un nemico mi sembra che mi chieda per tutto il resto del tempo che trascorriamo insieme di fornirgli conferme continue su questo. Quando è in casa ho la sensazione di non poter mai distogliere lo sguardo da lui, come se dovessi sempre dimostrargli che lo vedo; quando mi “distraggo” richiama subito la mia attenzione dicendomi “cara Sara” o salutandomi anche se fino a cinque minuti prima stavamo parlando. Non risponde mai al telefono perché “se non vede la faccia non sa se fidarsi”. E’ appassionato di film horror che colleziona e poi butta perché teme che possa rovinarli. Si propone di somigliare ai protagonisti di questi film che guardiamo spesso insieme e rispetto ai quali mi chiede di fare una classifica di quelli più spaventosi. Mi racconta che di notte guarda questi film e ferma l’immagine sul volto del protagonista per cercare di imitarne l’espressione. Quando usciamo insieme mi chiede “Sara sembro un buttafuori, un mafioso? Tu ti avvicineresti a uno come me?”; dopo diverse volte che mi propone questo quesito trovo il coraggio per chiedergli perché ci tenga tanto ad essere visto come “spaventoso”. Mi dice che se gli altri hanno paura di lui non tenteranno di avvicinarsi per “fregarlo”. Ipotizzo che ricerchi modi per stare in rapporto con gli altri ma che al tempo stesso se ne senta spaventato e tenti di controllare la reazione dell’altro assumendo un aspetto “spaventoso”oppure provocando l’incazzatura di tutti. Per farlo Daniele adotta diverse strategie, ad esempio fa la pipì sul balcone, non assume la terapia farmacologica che getta dalla finestra che affaccia sul portone d’ingresso della casa, entra di nascosto in camera degli altri per svuotare il posacenere nei loro letti o per tagliare le tasche dei cappotti altrui, non contribuisce ai turni previsti per le mansioni domestiche. Mi sembra interessante vedere come questi comportamenti non siano l’espressione della diagnosi di Daniele (Disturbo Bipolare), ma piuttosto si agiscano in rapporto alla casa famiglia ed alle proposte di obiettivi che gli vengono fatte dal CSM.

Nel tempo faccio con lui l’ipotesi che questa aspettativa di “essere fregato” sia in rapporto con l’interruzione di tutte le attività esterne alla casa famiglia che ha intrapreso in questi anni, come quelle con il Centro Diurno, che ha portato Daniele ad un forte isolamento.

Gli altri tre ospiti della casa sono tutti terrorizzati da lui e non lo sopportano ; assumono nei suoi confronti un atteggiamento di finta reverenza, proprio come se si confrontassero con un boss mafioso, offrendogli sigarette, caffè e finta stima. Gli operatori invece si rapportano alle provocazioni di Daniele incazzandosi e dicendogli che il tempo trascorso in casa famiglia non gli ha insegnato niente.

Per lavorare con Daniele per me è stato necessario pensare il terrore e l’incazzatura che prescrive agli altri come suoi vissuti nel rapporto con la casa famiglia e interrompere questo agito di finta reverenza nei suoi confronti. Ho fatto il tentativo di rintracciare insieme a lui il senso di queste provocazioni. Mi sembra che questa operazione abbia reso il nostro rapporto affidabile e mi sembra che Daniele riesca alcune volte a vivere la casa famiglia come un contesto in cui può dar voce a ciò che prova piuttosto che sperare che qualcuno lo capisca vedendo la sua pipì sul balcone. Faccio fatica ad oggi a condividere con i colleghi e con il CSM committente dell’intervento questi piccoli passi nel rapporto con Daniele che tra qualche mese tornerà a vivere con la madre adottiva. Per l’equipe Daniele non ha raggiunto nessuno degli obiettivi del suo progetto terapeutico stabiliti con la sua psichiatra e la responsabile del servizio ( Lavarsi i denti due volte al giorno; farsi la doccia due volte a settimana; fare tre lavatrici a settimana; frequentare le attività del Centro Diurno con continuità; gestire la quota giornaliera di cinque euro). Nell’ultima riunione di equipe in cui ho proposto queste ipotesi costruite con Daniele, alcuni colleghi hanno detto che non si può lavorare sul senso di “aggressioni così regressive”, che Daniele “non capisce, forse ha qualche ritardo mentale” e si sta pensando di multare questi suoi comportamenti.

Mi chiedo perché si preferisca lavorare dentro una fantasticata impotenza piuttosto che dare senso al lavoro che si fa insieme. Mi sembra che dare senso comporti il grosso costo di implicarsi e confondersi. Penso a Daniele ed alla fiducia che mi sembra di dover ricostruire ogni giorno nel rapporto con lui. Penso alla confusione che sento quando, a partire da questa fiducia, mi dice che piuttosto che somigliare ai protagonisti dei film horror che colleziona sta provando a farsi crescere i capelli come i miei.

Mi sembra ci sia un grosso conflitto tra noi operatori e il CSM committente. Sento questo conflitto come un rituale a cui è difficile e pericoloso non partecipare e che permette a noi operatori di non proporci alla responsabile come parte di un lavoro condiviso sulla costruzione di senso e di obiettivi. Mi viene in mente Alessandro, ospite della casa famiglia, che incazzato per gli obiettivi scritti sul suo progetto terapeutico (dipingere le grate delle finestre ad Agosto) mi dice: “ma voi con le cose che vi diciamo che cazzo ci fate?”. Sembra faticosissimo per noi operatori pensare il rapporto di committenza con il CSM, tanto che l’unico modo per liberarsi da questa fatica sembra lasciare il servizio, come sta accadendo attualmente ad una parte consistente degli operatori che hanno fatto una richiesta in massa alla cooperativa di essere trasferiti in altri servizi.

Mi chiedo come stanno in rapporto la dimissione di Daniele e le dimissioni dal servizio degli operatori. Mi aiuta pensare ad una frase di Daniele mentre prova a dare senso alle sue provocazioni: “ti lascio prima che mi lasci tu”.