



Supervision as a tool to promote recovery: a case study in a Day Care Center

La supervisione come strumento per promuovere recovery: una esperienza in un Centro Diurno

Barbara Cordella^{a,*}, Anna Correale^a, Fabio Massimo Candidi^b

^a Assistant Professor, Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza, Rome

^b PsyD in Health Psychology, Psychotherapist, Expert in Mental Health

^c Psychologist, Director of Adult Daily Mental Health Service Pasquariello ASL RM1

ARTICLE INFO

Submitted: 25 November 2016

Accepted: 05 December 2016

DOI: 10.4458/8005-04

ABSTRACT

The paper explores the recovery approach in relation to the wider debate on the concept of health. The recovery imply a psychological approach focused on the relational system in order to improve the health and the wellbeing of the whole system, instead of focusing on the individual therapy of the person with mental disability. In the Adult Day Care Center for mental disability all the actors involved, professionals and users, set the system of relationships according to their specific needs, requests and resources. The supervision is a relevant tool in the recovery approach as it allows to work with professionals in order to improve the whole system wellbeing. The supervision allows the professionals in making sense of their professionals relationship with users with mental disability. According to this a case study is reported. In order to highlight the principals of the supervision in the recovery approach. The case study explain the process of supervision that has been carried out in an Adult Day Care Center for people with mental disability of Rome . It highlights the factors improving the development of the system involving both professionals and users.

Keywords: Recovery; subjectivity; interdependence; supervision; coexistence.

RIASSUNTO

L'articolo esplora l'approccio della recovery in relazione al più ampio dibattito relativo al concetto di salute.

La recovery implica una prospettiva psicologica incentrata sulla relazione, al fine di migliorare la salute e il benessere di tutto il sistema nel quale si è implicati, piuttosto che focalizzarsi sulla terapia individuale della persona con disabilità mentale. In un Centro Diurno, tutti gli attori coinvolti, professionisti e utenti, impostano il sistema delle relazioni in base alle loro specifiche esigenze, richieste e risorse. In questa prospettiva la supervisione diviene un dispositivo rilevante in quanto consente di lavorare con gli operatori al fine di migliorare l'intero benessere del sistema. La supervisione, infatti, consente di occuparsi degli operatori per dar senso alla loro relazione e a quella con gli utenti. In ragione di quanto detto, viene presentato un caso studio, per evidenziare i principi operativi della supervisione nell'ottica della recovery. Il caso esemplifica il processo di supervisione che è stato realizzato in un Centro Diurno di Roma, evidenziando i fattori che favoriscono lo sviluppo del sistema.

Parole chiave: Recovery; soggettività; interdipendenza; supervisione; convivenza.

*Corresponding author.

Barbara Cordella

Department of Dynamic and Clinical Psychology, "Sapienza" University of Rome
Via dei Marsi 78, 00185, Rome, Italy.

Phone: +390644427599

Email: barbara.cordella@uniroma1.it

(B. Cordella)



Introduzione

Il processo che, nelle ultime decadi, sta apportando cambiamenti nel modo di concepire la salute mentale e l'operatività di quanti se ne occupano, può essere inquadrato nel più ampio movimento che ha portato alla ridefinizione del concetto di salute.

A partire dal documento dell'OMS del 1946, infatti, si è avuto un progressivo ampliamento del campo discorsivo che ha portato a rivisitare sia il concetto di salute che di malattia, ridefinendo il loro reciproco rapporto (Bertini, 2012).

In particolare, nel 1986 l'OMS ha ribadito che la salute è una risorsa della vita quotidiana, utile alle persone per condurre la propria vita in modo produttivo, sia sul piano individuale, che sociale ed economico. Ciò ha comportato che il concetto di salute, precedentemente considerato come uno *stato* di benessere, abbia assunto una configurazione *processuale*, connessa alla capacità degli individui e dei gruppi, di realizzare aspirazioni, cambiare o affrontare efficacemente il proprio ambiente di vita. Si è posta, così, una maggior enfasi alla interazione tra soggetto e contesto, sottolineando che la qualità delle relazioni, all'interno dei sistemi di convivenza, diviene parametro imprescindibile nella valutazione del livello di salute. Questa ultima, pertanto, non può essere considerata solo nei suoi aspetti biologici ma come la risultante di molteplici fattori bio-psico-sociali, tra loro in interazione (Engel, 1977). Sul piano dell'intervento, si è posta la necessità di costruire ponti tra le diverse discipline e di individuare strategie per rispondere alla persona nella sua "totalità": è quanto proposto nel 2000 dall'OMS, che, collocando la soggettività della persona al centro delle cure, avanza il Modello della Medicina Centrata sul Paziente (Stewart *et al*, 2000). In tale ottica assumono particolare pregnanza la procedura del consenso informato, la condivisione dei processi decisionali, l'autodeterminazione nei processi di cura e l'autonomia del cliente, aspetti che implicano una rivisitazione del ruolo del fruitore: da paziente a persona.

È in questo scenario culturale che, negli ultimi anni, in ambito psichiatrico, si è affermato il concetto di recovery.

La recovery

Benchè ancora non esista una definizione universalmente riconosciuta di recovery, né un vero e proprio modello di riferimento, ci si riferisce ad essa come a quel processo di riappropriazione di una condizione di benessere, capace di convivere con la malattia mentale; benessere che si basa sulla possibilità di restituire, al portatore di disagio psichico, il diritto all'autodeterminazione nel proprio percorso di cura, attraverso la riscoperta di quelle risorse che favoriscono la gestione della propria autonomia; tale riscoperta può essere favorita da relazioni di supporto in grado di sostenere il processo.

La soggettività della persona, posta al centro delle cure, rappresenta, così, uno degli aspetti salienti del concetto di recovery.

Questa ultima, infatti, nasce a partire dagli anni Ottanta per iniziativa degli utenti psichiatrici, come movimento ispirato alla rivendicazione dei diritti umani e dell'autodeterminazione, sostenuto dall'ideologia che rigetta radicalmente il paradigma biomedico della malattia mentale e le pratiche coercitive che esso legittima. Oggi potremmo pensare alla recovery come a quel modello epistemologico e operativo in cui, in un'ottica sistemica, diventa possibile ripensare alla natura dialettica tra salute e malattia. Le due dimensioni giacciono su uno stesso piano e condividono le stesse strutture fondamentali, ragion per cui la radice della malattia va riconosciuta attraverso la conoscenza della vita della persona, così come possono essere comprese, in egual misura, le risorse attivate per farvi fronte.

Una delle implicazioni più importanti del principio secondo cui salute e malattia si collocano su un unico continuum è che le manifestazioni che vengono attribuite alla malattia possono venire comprese attraverso gli stessi meccanismi che stanno alla base dei comportamenti delle persone che non hanno disturbi mentali. In quest'ottica, la patologia non è più fondamento delle scelte o motore

e spiegazione principale di ogni comportamento; le esperienze non sono più ascrivibili a caratteristiche specifiche del disturbo, ma diventano leggibili in termini di modalità di risposta per molti aspetti simili a quelle di tutti. Se assumiamo una differenza sostanziale tra chi è malato e chi non lo è, infatti, non si capisce che cosa consenta al secondo di capire il primo. E' necessario riconoscere, però, che un costrutto sociale costantemente reificato e che da sempre ha avuto un valore di forte coesione sociale è la dicotomizzazione rigida e oggettiva tra sani e malati, tra esperti e incompetenti. Riprendendo Bion (1961) e Foucault (1963) le organizzazioni che ruotano attorno alla salute mentale vengono investite del compito di occuparsi dei devianti e finiscono per operare sotto un assunto di base unico, quello dell'inclusione/esclusione. Lo scopo è quello di tener rinchiusi gli "altri" (coloro che manifestano sintomi e si discostano dalle norme) e assicurare/ricompattare i cittadini che si definiscono "normali", proprio attraverso questa prassi di esclusione. Si crea in tal modo un paradosso nel mandato di coloro che operano nel campo della salute mentale, i quali portano a termine il loro scopo sociale solamente a patto di non raggiungere risultati soddisfacenti nella missione di riabilitare i "matti", a patto cioè di non reintegrarli nella società. Il mandato delle organizzazioni connesse all'ambito della salute mentale è quindi da sempre stato molto ambiguo e ambivalente e la posizione dei "malati mentali" come distanti e diversi da chi li cura crea una dicotomia che ostacola il processo stesso di presa in carico, impedendo una reale collaborazione nel processo.

La possibilità di aiutare la persona che soffre di un disturbo mentale va invece ricondotta prima di tutto alla possibilità di comprendere e aiutare l'altro in generale (Maone, D'Avanzo, 2015).

Parlare di recovery significa costruire percorsi di salute in cui si lavora gli uni di fianco agli altri, dove gli interventi non vengono implementati sulle persone, ma si lavora con le persone.

In un'ottica di interdipendenza relazionale le parti negoziano la definizione di sé, della relazione e della situazione in cui sono coinvolti, costruendo identità, rapporti e realtà sociali che influenzano tutti gli attori appartenenti a quello specifico contesto (Fruggeri, 1995).

Per tale ragione la recovery deve essere considerata come un fatto sociale ed interpersonale, che si traduce nella ricostruzione di legami sociali, in grado di valorizzare la soggettività come un'esperienza preziosa per il recupero della capacità di ricostruire il proprio progetto di salute.

Nell'ambito dei servizi territoriali ciò che deve guarire è, pertanto, la relazione tra chi assiste e chi è assistito, in un processo in cui la responsabilità/cura implica l'accettazione dell'altro come depositario di un potere di trasformazione; si tratta di un percorso in cui si cammina di fianco, in cui la soggettivazione del paziente va di pari passo con quella dell'operatore in un'ottica di empowerment che procede dal basso, dove il rapporto istituzionale binario curante-curato diventa di fatto un'interazione complessa che modifica entrambi i poli del rapporto. (Carrino, 1982). Si rivolge così lo sguardo verso una ragione sistemica che vede trasformarsi i due poli osservante-osservato attraverso un processo dialettico in cui le visioni e le proposte di ciascuno ingaggiano un confronto che muta profondamente entrambi.

Promuovere recovery significa, pertanto, promuovere salute, attraverso la promozione di quelle relazioni che abitano i vari contesti in cui è inserita la persona, dal portatore di disagio all'operatore del servizio che cura la sua presa in carico.

In questi termini il servizio si trasforma in un network poliarchico articolato sul concorso di più attori, reti, organizzazioni (Bosio, Graffigna, Scaratti, 2012), tutti implicati attivamente nella costruzione di percorsi di salute.

Parlare di recovery, dunque, significa abbandonare la rappresentazione di interventi clinici focalizzati sull'individuo, secondo un'impostazione in cui prevale l'egemonia medica/ospedaliera che passivizza il cliente; piuttosto, significa favorire un approccio in cui viene sostenuto lo sviluppo di sistemi di convivenza, attraverso l'incremento di livelli di benessere per tutti coloro che partecipano alla cura della salute mentale: la recovery è pertanto una condizione perseguibile che riguarda tutti gli attori del sistema, che riconosce ed investe sulle capacità trasformative di ciascuno.

La supervisione

Accedere al campo comune di trasformazione mio e dell'altro implica considerare l'esistenza di una mente allargata che conferisce senso, riconoscibilità e concretezza ad aspetti del pensiero informi, frammentati o caotici.

I servizi territoriali possono trasformarsi in contenitori di senso capaci di accogliere e di risignificare la qualità delle relazioni, se sono in grado di spostare il focus dal malato mentale alle relazioni che intercorrono tra tutti gli attori che abitano tale contesto, compreso chi soffre di un disagio mentale.

Investire sulla qualità delle relazioni (Grasso, Cordella, Fedele, 2010) vuol dire costruire un progetto di cura in cui si rende possibile il superamento di una visione parcellizzata dell'istituzione e dell'operatività al suo interno, significa, quindi, allargare la presa in carico al contesto polirelazionale in cui si lavora (Telfner, 2012).

A tal proposito Correale (1991) parla della necessità di promuovere una *clinica istituzionale*, ovvero di un progetto unitario di cura, capace di utilizzare gli spazi istituzionali come luoghi di scambio e mediazione attraverso metodologie operative volte ad integrare le diverse tecniche e capaci di tenere presente l'esistenza di organizzatori inconsci soggiacenti alle pratiche istituzionali.

In tal modo il servizio diventa terapeutico grazie alla sua complessità e agli strumenti operativi, come la supervisione, che consentono di leggerla.

La supervisione è luogo di incontro di posizioni che attiva un contatto non solo tra gli operatori, ma tra il gruppo e le parti meno riconoscibili, più segrete del paziente e dei membri stessi; è un momento di rilancio del pensiero, il ritrovamento di un filo interno di contatto con aspetti rimossi, segregati o espulsi in sé, nel paziente e nel gruppo, che può così recuperare un maggiore senso di coesione, un'unità emotivo ideativa in grado di ricostruire un'area di pensiero e di affetti condivisa, in cui la mente individuale si cimenta con una mente più espansa ed allargata.

Talvolta il gruppo dei curanti assume un andamento associativo e uno sviluppo relazionale sovrapponibili a quelli prodotti dall'apparato psichico dei pazienti; attraverso il lavoro di supervisione si effettua un esame del campo psichico che può dar vita a qualcosa che non riusciva a manifestarsi nell'equipe lavorativa, nello spazio di vita del paziente, nella relazione tra i due elementi precedenti (Correale, 2006). Rimettere in funzione l'attività di pensiero di un gruppo istituzionale consente di sviluppare l'elaborazione, l'apprendimento e la trasformazione profonda dei membri (Barnà, 1995), consente quindi l'evoluzione della cultura e del contesto istituzionale. Viene promossa una cultura positiva del servizio attraverso lo sviluppo di una capacità autoriflessiva sul proprio funzionamento da parte dell'equipe curante, che attraverso la supervisione può imparare a gestire più efficacemente i livelli di conflittualità soggiacenti alle relazioni e al contempo a conoscere e condividere i posizionamenti di ciascuno rispetto alle dinamiche di potere che intercorrono a livello organizzativo. La recovery consiste nella possibilità di riappropriarsi di una qualità di vita migliore curando le relazioni attraverso lo sviluppo della capacità di convivere con tutte quelle forme di problematicità ineludibili e che appartengono ad ogni tipo di rapporto. La supervisione nei servizi di salute mentale si configura come quello strumento in grado di accogliere questa sfida, favorendo processi di recovery per l'intero contesto.

L'esperienza di supervisione svolta presso un Centro Diurno romano

Presenteremo di seguito una specifica esperienza di supervisione; essa ha avuto l'obiettivo di fornire uno spazio di riflessione e di contenimento per una serie di problematiche che hanno reso, nel corso del tempo, difficoltoso il lavoro di una equipe curante e la costruzione di un pensiero di gruppo, in grado di dialogare all'unisono con l'utenza del Centro.

Proveremo a dar conto dell'evolversi di un processo di recovery attraverso il quale l'equipe curante ha sperimentato la propria capacità di ricostruire il senso della propria partecipazione agli incontri di supervisione. A tal fine verranno presentati sia stralci delle audio registrazioni realizzate durante gli incontri (verbalizzazioni), sia parte delle resocontazioni realizzate da uno degli autori.

La supervisione, avvenuta con cadenza mensile e/o bimensile, si è rivolta agli operatori di un Centro Diurno che ospita 24 utenti di età compresa tra i 40 ed i 60 anni ed è aperto dal lunedì al venerdì per un totale di otto ore giornaliere.

Il numero di operatori presenti nel CD è pari a dieci e si compone di un responsabile psicologo ed un infermiere professionale afferenti all'Asl, di sette operatori socio-sanitari provenienti da una cooperativa e dal coordinatore della cooperativa.

L'intervento

La richiesta di una supervisione nasce circa quattro anni prima dell'intervento a cui faremo riferimento; tale richiesta è portata avanti dal responsabile del CD e nasce in concomitanza con l'ingresso di nuovi operatori provenienti da una cooperativa, vincitrice di un bando promosso dalla Regione.

Alcuni operatori, che fino a quel momento avevano lavorato presso il Centro, vanno via, altri rimangono ma con l'assegnazione di nuovi ruoli. Il gruppo pertanto subisce un notevole rimescolamento che destabilizza il lavoro.

La richiesta di supervisione viene avanzata allo scopo di trovare una guida ed un sostegno nella gestione degli interventi clinici con gli utenti. Gli operatori accettano e accolgono lo spazio di supervisione come possibilità per riuscire a confrontarsi sui casi clinici in un momento in cui il passaggio da una cooperativa all'altra ha creato un certo squilibrio. Prende avvio un lavoro sull'utenza che procede nel corso del tempo con molta fatica, in quanto all'interno del contesto di supervisione aleggia una forte diffidenza tra tutti i partecipanti.

L'incapacità di affidarsi tra colleghi si esprime attraverso l'incapacità di comunicare e così di condividere dubbi, perplessità e difficoltà riscontrate nel lavoro con i pazienti, con il risultato di una proposta di dialogo "uno ad uno" con i pazienti stessi, che si traduce in una mancata articolazione e complessificazione di un discorso con e per chi è *senza discorso (la psicosi)*, (Stoppa, 2007).

L'incapacità degli operatori di affidarsi al supervisore, considerato come elemento "calato dall'alto" per far funzionare meglio le cose, è paragonabile alla stessa difficoltà spesso riscontrata dai malati psichici ad aderire ad interventi giudicati da altri come terapeutici, in assenza di un diretto coinvolgimento sul piano decisionale del proprio progetto di cura.

L'inizio della raccolta dei dati coincide con la proposta del supervisore di proseguire il lavoro spostando l'attenzione dal paziente al gruppo che se ne prende cura, con il risultato atteso di un miglioramento del paziente stesso.

Primo incontro

Il gruppo appare bloccato e irrigidito su una posizione di chiusura rispetto alla possibilità di accogliere nuove opportunità per modificare il proprio assetto ed il proprio funzionamento, rispetto alla possibilità di considerarsi come appartenente ad un contesto, in cui si costruiscono insieme trame di significati con cui rappresentare la realtà circostante e nel caso specifico il Centro Diurno. Sembra invece comportarsi come un insieme di elementi, che in maniera scissa da tutto il resto, si propongono di lavorare, ciascuno seguendo una propria traiettoria. La riluttanza a mettersi in gioco in questa operazione di allargamento di prospettiva sulla dimensione relazionale, è manifestata dal gruppo attraverso un atteggiamento di sfiducia sia nei confronti dei suoi stessi componenti, sia nei confronti del supervisore. Il clima è dunque molto teso e la tensione cresce in maniera esponenziale fino a raggiungere il culmine con l'esplosione di un furibondo litigio tra due operatrici.

Secondo incontro

"Tu con chi stai?" È così che il supervisore sintetizza le impressioni avute durante l'ultimo incontro, in cui l'esplosione di conflittualità soggiacenti nell'ambito del gruppo, ha portato alla luce l'esistenza di sottogruppi di operatori che sembrano agire come tante piccole repubbliche indipendenti in lotta tra loro.

L'inizio dell'incontro si apre pertanto con la restituzione di questa immagine emblematica, seguita dal rilancio della proposta di lavorare sulle emozioni esperite dal gruppo e attraverso il gruppo, anziché di concentrarsi sulle storie cliniche dei singoli pazienti.

Alcuni componenti del gruppo sono disposti ad implicarsi in questo lavoro di ricerca di quelle condizioni che favorirebbero una comunicazione più libera e una fiducia più aperta tra tutti, altri invece sono restii ed anticipano il pericolo ed il fallimento a cui si può andare incontro.

L'obiettivo della supervisione diventa pertanto quello di allearsi con la parte motivata e disponibile a lavorare per il cambiamento, al fine di riuscire a sostenere quella più resistente nell'avvicinamento a tale possibilità. Si intende quindi allestire un contesto di holding in cui le parti difficilmente digeribili dell'equipe possano trovare spazio e opportunità di dialogo con le altre, creando un pensiero di gruppo, che al momento stenta a prender forma, dato il clima di elevata sofferenza che si manifesta attraverso l'interruzione di lunghi silenzi con acting out, oppure con l'esternazione verbale di sensazioni di disagio e malessere.

Terzo incontro

Operatore1: *“Mi sento di portare un macigno addosso. Sto lavorando tanto con l'appoggio dei pz, ma non con quello non dei colleghi”*; **operatore2:** *“Ci sono conflitti che passano da un piano professionale ad un piano personale e questo contesto ha facilitato la conflittualità. Quello che ho visto è che c'è tanta sofferenza nel reggere questa situazione”*; **operatore3:** *“Quando sono arrivata in questo gruppo ho trovato un clima accogliente, ma poi ho cominciato ad avvertire le tensioni e poi anche con la presenza del Dott. C. sono cominciati a verificarsi certi problemi. Credo che queste tensioni ci diano l'opportunità per capire cosa ci serve per lavorare più tranquilli e dare risposte più adeguate agli utenti”*; **operatore4:** *“Dobbiamo cominciare a capire perché stiamo qua”*.

La supervisione assume per il gruppo di lavoro lo spazio in cui viene direttamente riversata la conflittualità che quotidianamente si esprime attraverso incomprensioni, distanza, insofferenza. Tale contesto viene vissuto in modo ambivalente sia come contenitore negativo che genera la sofferenza del gruppo, sia come occasione per provare a dare una forma pensabile ai problemi che attraversano l'equipe.

Il supervisore risponde a questa duplice proiezione attraverso l'invito a mettersi in gioco, esplicitando i non detti e chiarisce la propria posizione di interlocutore super partes che condivide insieme agli operatori i vissuti riportati.

Quarto incontro

Tutti i partecipanti alla supervisione sembrano versare in una condizione di impasse, dalla quale sembra difficile uscire. L'impressione è che tutti sembrano essersi cristallizzati in maniera inamovibile sulle proprie paure e sulle proprie resistenze ad interfacciarsi con l'altro.

La sofferenza e l'impotenza procurata dal contatto con la malattia mentale unitamente alla percezione di indefinitezza di obiettivi sul piano operativo contribuiscono in effetti ad alimentare un senso di sfiducia, che può sfociare nella denigrazione degli sforzi altrui, pur di accrescere il proprio senso di adeguatezza.

Si crea così un'atmosfera generale fatta di critiche sminuenti e di una generale sensazione di non essere apprezzati, proprio quando magari il bisogno è invece quello di un mutuo sostegno.

La chiave verso una “via di uscita”, verso il recupero di un'elasticità che consenta di superare tali barriere, può essere rappresentata dalla capacità di sostenere un'espressione verbale di tutti questi problemi, dando senso ad ogni individuo nel suo vivere all'interno di un gruppo (Gobbi, 2007).

Per provare a superare l'impasse e quindi ad introdurre una possibilità di comunicazione tra i partecipanti alla supervisione, il conduttore propone di lavorare sui punti di forza e su quelli di criticità del gruppo di lavoro, allo scopo di sviluppare l'articolazione di un discorso sugli aspetti di risorsa e su quelli per i quali risultano necessari ulteriori momenti di riflessione e confronto per riuscire a gestirli proficuamente nella collaborazione lavorativa. L'attività sembra stimolare entusiasmo e coinvolgimento da parte di tutti, in particolar modo perché viene aperta una prospettiva anche sulla parte “sana” del gruppo.

Viene invitato a partecipare agli incontri anche il responsabile della cooperativa, con l'intento di chiamare nel gruppo il vertice di un'organizzazione che “dall'esterno” detiene una parte importante di controllo e potere decisionale circa ruoli e funzioni degli operatori del Centro Diurno.

Quinto incontro

I punti di forza e di criticità elencati dagli operatori che hanno lavorato in sottogruppi hanno messo in rilievo una serie di spunti interessanti di riflessione come ad esempio la contraddittorietà contenuta

nella citazione della ‘ricchezza della diversità’ come elemento di risorsa e della ‘mancanza di riconoscimento delle potenzialità dell’operatore’ come limite del gruppo. Tale osservazione funge da specchio rispetto alla presenza di una varietà di percezioni che animano l’equipe in maniera multisfaccettata, ma che rischiano di collocarsi su un livello di scissione, qualora non trovassero un contenitore in grado di accoglierle ed utilizzarle come fonte di confronto.

La partecipazione all’attività proposta è attiva e sentita da tutti come una possibilità per cominciare a ragionare sui propri problemi e tale occasione viene probabilmente favorita dall’aver spostato l’accento dalle difficoltà al piano di confronto tra queste ultime con gli aspetti di potenzialità del gruppo stesso.

Sesto incontro

Il discorso che il gruppo costruisce, attorno alle categorie emerse nel precedente incontro, prende avvio dal concetto di potere, da pochi menzionato, ma da tutti riconosciuto come uno dei problemi prevalenti che affaticano la convivenza sul luogo di lavoro.

Operatore1: *“Il problema è come viene utilizzato il potere qui dentro”*; **supervisore:** *“L’operatore che recentemente è stato spostato, costituisce un fatto che è avvenuto senza il coinvolgimento del gruppo, come se ci fosse qualcosa che può accadere da fuori, senza la condivisione con il gruppo, con delle ripercussioni sul gruppo stesso. Quel fuori deve fare parte del dentro”*; **operatore2:** *“All’altro Centro Diurno la Cooperativa ha preso in toto le persone che c’erano e le ha confermate. Non ha messo i propri operatori dentro. Qui il nodo della questione è che le persone che c’erano non sono state confermate con i ruoli che avevano. Ha confermato i tre colleghi che c’erano, però ha messo nuove persone con nuovi ruoli, senza la conferma dei vecchi ruoli. La cooperativa ha partecipato ad un bando e dal suo punto di vista ha ragione: ‘Metto chi mi pare’. Un gruppo deve riconoscere quali sono i vertici di comando che hanno un mandato istituzionale. Il potere va riconosciuto e accettato, ma si vive in modo persecutorio”*; **supervisore:** *“Non c’è un gruppo che si è scelto nel fare un lavoro, ma è stato scelto, come se la cosa fosse stata imposta. E’ come se qualcuno da fuori avesse detto: ‘Lavora e fai il gruppo!’. Non c’è accordo quando una cosa viene imposta dall’esterno. Non credo che il problema sia la cooperativa, ma che ci sia il problema di potersi immaginare in relazione con gli altri per fare le cose insieme”*; **operatore3:** *“Bisogna vedere come, in base al potere che ognuno ha, è possibile darci reciprocamente fiducia”*; **operatore4:** *“Esiste il potere personale!”*

La dimensione del potere è un elemento centrale al discorso sulla recovery, in quanto chiama in causa la percezione di gestione e controllo sulla propria autonomia. Un potere vissuto come intrusivo, che impone alle persone di condividere parte del proprio spazio di vita in un contesto non scelto, genera sentimenti di rabbia e frustrazione che possono inficiare la motivazione al prendersi cura della propria autonomia e quindi della propria capacità di stare in relazione all’altro. I pazienti psichiatrici molto spesso non scelgono liberamente di affidarsi ai luoghi di cura in cui condividere le proprie giornate insieme agli operatori e ad altre persone con difficoltà simili alle proprie, ma sono costretti anche loro a “fare gruppo”.

Diventa pertanto fondamentale l’esplicitazione dei propri vissuti al fine di costruire, insieme all’altro, l’opportunità di ridefinirsi nell’ambito di un rapporto in cui il recupero di un potere personale possa aiutare a gestire in maniera più congrua anche le relazioni che a certi livelli risultano asimmetriche.

Settimo incontro

L’esplicitazione del problema legato alla diversa distribuzione del potere che ha nel tempo generato vari disagi, crea un collegamento discorsivo con il tema della fiducia e della comunicazione, considerate rispettivamente deficitarie e lacunose, proprio in virtù di una diffidenza dilagante tra i vari componenti del gruppo.

Segue in quest’incontro l’attivazione di uno scambio tra tutti i partecipanti, i quali stanno provando a mettersi in gioco attraverso l’apertura di una comunicazione più diretta che ha rotto la pesantezza dell’atmosfera presente durante i primi incontri.

Un’operatrice propone di discutere di un problema di passaggio di consegne verificatosi con un collega. La mancanza di informazioni esatte le aveva procurato un momento di imbarazzo e difficoltà con una paziente, alla quale ritiene di non aver saputo dare risposte adeguate.

Operatore 1: *‘E’ stato adottato il criterio di prendere 3 pz in una sede unica con il trasporto la mattina. Non ero a conoscenza del cambiamento sull’organizzazione del trasporto. Sono abituata a trovare info scritte, ma da quello che ho letto dal verbale della riunione, non c’era niente; però una pz, M., non voleva tornare in autobus e lì sono rimasta molto disorientata perché pensavo che solo la mattina ci fosse il percorso in autobus. Se M. fosse venuta da me a chiedermi: ‘Dove mi portate?’ Io avrei detto: ‘A casa’, e invece non doveva essere così. Scrivere le cose più dettagliatamente per avere sicurezza e darla poi ai pz! Era una mancanza di fiducia nel mio operato non in quello del collega, che al telefono mi diceva di fare il contrario’;* **operatore 2:** *“Ma tu non ti sei fidata di quello che ti ho detto io. Mettere in dubbio quello che uno ti dice significa creare un conflitto”;* **supervisore:** *“Questo è un esempio di vita quotidiana che c’è qualcosa che fa soffrire le persone: a te ha fatto soffrire la sua insistenza al telefono a lei il fatto di non saper cosa dire alla pz. Cogliamone l’aspetto simbolico, che non si risolve solo da un punto di vista organizzativo, perché ciascuno difende correttamente il proprio operato, ma se ciascuno rimane sulla propria posizione allora crea qualcosa di disfunzionale”;* **operatore 3:** *“Se oggi siamo qui è perché vogliamo prendere in carico i nostri conflitti”;* **supervisore:** *“Bisogna capire se il problema più importante sia il conflitto. Io credo che sia più il sintomo che non il problema, ma indubbiamente ha un effetto molto disturbante”.*

A seguito di questo scambio il supervisore dichiara di sentirsi alleggerito dalla sensazione di pesantezza che aveva caratterizzato gli incontri precedenti, in quanto la discussione di un problema concreto riscontrato tra colleghi nell’organizzazione del lavoro, ha aperto una finestra sulla possibilità di rendere più tangibile la costruzione di un pensiero di gruppo a partire dalla condivisione anche di quelle situazioni definite come conflittuali.

A tal proposito tutti i partecipanti sono invitati alla lettura di un articolo di Perini da discutere al successivo incontro.

Ottavo incontro

“‘Si vis pacem para bellum’: educare al conflitto per promuovere la relazione”, (Perini, 2007) è l’articolo in questione, che guarda al conflitto come ad una proprietà costitutiva di ogni relazione e di ogni processo di conoscenza; esso è pertanto una proprietà ineludibile della condizione umana e come tale va riconosciuto, governato e gestito, attraverso un *dispositivo istituzionale per la gestione dei conflitti*, mediante il quale accettare la complessità della realtà e far coesistere gli opposti senza negarli, con un effetto a ricaduta in termini di arricchimento di esperienza e di pensiero creativo per gli individui, i gruppi e le organizzazioni.

L’assenza di una cultura del conflitto fa sì che questo si occulti sotto la superficie e cronicizzi o erompa distruttivamente all’improvviso. Conflitto perciò è incontro, con esiti generativi o degenerativi, a seconda delle modalità di evolversi delle diverse posizioni nella relazione.

L’articolo ha proposto una chiave di lettura del conflitto che suscita notevole interesse da parte degli operatori, i quali condividono insieme al supervisore opinioni e riflessioni sulla tematica in esame.

Porre attenzione al problema del conflitto, significa attivare un pensiero su un ulteriore elemento centrale per il processo di recovery: la gestione della coesistenza degli opposti. Se gli operatori riescono a tenere insieme le parti contrapposte che emergono dalle dinamiche relazionali dell’equipe, senza la pretesa di negare necessariamente una di esse, ma valorizzandole come arricchimento reciproco, allora diventa più probabile lavorare efficacemente con le parti contrapposte dei pazienti psichiatrici: la cronicità e la speranza nel cambiamento, le spinte verso la conquista dell’autonomia e il bisogno di assistenza; in tal modo diventano anche più realistiche le aspettative di cura e di miglioramento nei confronti dei pazienti, che possono essere così realmente visti nella loro soggettività.

Operatore 1: *“Riflettevo sul fatto che i conflitti non sono risolvibili. Sono d’accordo e vorrei sapere se anche gli altri sono d’accordo”;* **supervisore:** *“I conflitti non si risolvono, quello che si può trovare è un modo di affrontarli. Il problema è la gestione del conflitto, non il conflitto in sé”;* **operatore 2:** *“Però si possono trovare dei compromessi”;* **operatore 3:** *“Penso che ognuno di noi si sia messo in discussione. Rimetto in discussione tutti i miei rapporti e cerco di vedere dove ho sbagliato”;* **operatore 4:** *“Penso che del male ce ne siamo fatti, abbiamo ancora delle difficoltà e forse quella diffidenza che avevo nel supervisore non c’è più, ora ho fiducia in lui e sono confusa sui miei colleghi. Io sono propensa per aiutarvi e continuare”;* **supervisore:** *“Il fatto di esprimere qualcosa che c’è dentro, che ci opprime, è la premessa per cercare di trovare un modo affinché il gruppo possa affrontare le sue difficoltà. Per far questo ciascuno*

deve rinunciare a qualcosa, altrimenti si continua a fare una guerra. Anche quello che dice R. penso sia importante, su qual è la percezione rispetto alla possibilità di aver fiducia negli altri: spostare la fiducia, può essere un modo per trovare un punto di intesa per creare nuove alleanze”.

Il gruppo comunica, si confronta e nella disposizione di questo nuovo assetto viene molto sostenuto ed incoraggiato dal supervisore, che in più occasioni rimanda l'evidenza di un diverso modo di parlare che si manifesta tra tutti, rinforzando in tal modo un aspetto di risorsa che sta maturando nel contesto di supervisione. L'incontro prosegue con l'espressione di emozioni e vissuti degli operatori sia in riferimento a specifiche situazioni di difficoltà ed incomprensioni reciproche, sia rispetto ai carichi emotivi portati dai pazienti, che ricompaiono nei discorsi dopo una protratta assenza causata dall'avviluppamento del gruppo su se stesso. Vengono raccontati anche dei sogni, attraverso i quali si prova a contattare ciò che sta accadendo nel qui ed ora del gruppo, con il rimando da parte del conduttore della supervisione di aspetti di affettività che cominciano a circolare.

Nono incontro

Operatore 1: *“Abbiamo trovato un buon equilibrio, almeno questa è la percezione”*; **operatore 2:** *“C'è più tranquillità, si parla di più”*; **operatore 3:** *“Non c'è stato un fatto oggettivo, ma è proprio un'atmosfera diversa”*; **operatore 4:** *“Forse è successo che ci siamo messi a parlare, ad esprimere anche gli aspetti più affettivi tra noi. E' stato espresso che circolava l'affettività e questo ci permette di vedere anche altro”*; **operatore 5:** *“C'è maggiore chiarezza nel dirsi le cose, con più semplicità e trasparenza. C'è meno sospettosità”*; **operatore 6:** *“Una delle nostre infermiere, che era da un po' che non veniva qua, ha detto: ‘Lo vedo proprio cambiato quel Centro, molto più solare sia per i pz che per gli operatori’”*; **supervisore:** *“Siamo riusciti con fatica e sforzo a mettere basi per una collaborazione diversa tra voi. Si può a questo punto approfondire il lavoro”*.

L'atmosfera è distesa e la comunicazione più libera e circolare crea le premesse per parlare di come il gruppo si è confrontato con il lutto subito da una paziente, una perdita alla quale hanno partecipato con sentito trasporto tutti gli operatori.

Operatore 1: *“Siamo andati al funerale e stavamo commentando il modo dignitoso con cui M. si è riappropriata del ruolo di sorella. Lei ci portava i contenuti del suo dolore attraverso reazioni apparentemente prive di senso, attraverso il suo comportamento ultimamente incongruo, aggressivo. Abbiamo sempre cercato di dargli un senso, rimandandole non una bizzarra, ma provando a ridarle il senso del suo dolore”*; **operatore 2:** *“Ora ha cambiato proprio atteggiamento dà i bacetti e non è da lei, che è una evitante”*; **operatore 3:** *“Forse si sarà sentita accolta”*; **operatore 4:** *“Oggi le ho fatto le condoglianze e mi ha detto: ‘Tutto a posto!’. Era un po' evasiva, forse sente la pressione intorno. Io mi sono avvicinato così come sono nell'affettività con lei e subito l'ho sentita difensiva”*; **supervisore:** *“E' importante come noi filtriamo e raccogliamo le cose che ci dice M., per questo è importante che all'interno di un gruppo ci siano opinioni diverse, per tenere insieme i diversi pezzi: M. è quella che dice ‘Se non mi fosse rimasto mio fratello mi sarei buttata’, ma è pure quella che dice ‘Basta, ora non mi rompete più!’. L'errore può essere quello di enfatizzare solo un aspetto. E' importante per noi operatori riuscire ad avere una mente aperta che ci permetta di lavorare vedendo l'altro, perché ciascuno vede solo pezzi dell'altro. Allora un buon lavoro va fatto integrando i vari punti di vista”*; **operatore 5:** *“Ci siamo riappropriati della nostra diversità che ora riusciamo a rimandare al pz, accogliendo le sue parti diverse”*.

La supervisione sembra aver assolto alla sua funzione di contenitore istituzionale vicario, per attivare un pensiero ed un'affettività sulle e all'interno delle relazioni.

Relazioni che ripartono e che si ridefiniscono, rendendo il gruppo di lavoro più flessibile, più pronto a muoversi e pertanto a cogliere in maniera speculare i movimenti dell'altro.

La paziente M. è la testimonianza diretta di un passaggio da una fase di chiusura e ripiegamento del gruppo su di sé ad una fase di apertura sinergica agli ospiti del Centro.

M. infatti attraversa un passaggio dalla condizione di “ostaggio” tra due operatori, che avendo a disposizione due informazioni diverse, litigano al telefono senza riuscire a fornire una risposta chiara e rassicurante per la paziente, alla condizione di persona vista e considerata nella sua complessità, in occasione della morte della sorella. Tale cambiamento si realizza in un momento in cui il gruppo ha cominciato a comunicare e ad affidarsi ad un contesto che li ha messi in contatto con la ricchezza delle proprie differenze.

L'integrazione delle parti scisse del gruppo consente di lavorare con maggiori margini di successo sulla ricomposizione delle parti scisse dei pazienti, che possono sentirsi così più accolti, ascoltati e capiti nella loro unicità.

Decimo incontro

Durante il primo incontro avvenuto dopo l'interruzione estiva il gruppo esplicita più volte di aver raggiunto una condizione di "tranquillità" attraverso una comunicazione più fluida, autentica e meno paranoica. Dichiara inoltre di voler ripartire dal lavoro sui casi clinici con un pensiero di gruppo, che rappresenta quindi la premessa con cui gli operatori sono disposti a riformulare gli obiettivi del proprio lavoro, grazie ad una crescita maturata nel corso dei mesi, che restituisce ora la possibilità di confrontarsi costruttivamente sulle narrazioni dei pazienti del Centro Diurno.

Conclusioni

Parlare di recovery significa recuperare una rinnovata capacità di ricollocarsi nelle relazioni, utilizzando un'ottica in cui, la soggettivazione dei propri bisogni e delle proprie richieste di cambiamento, passa attraverso il riconoscimento dei bisogni e delle richieste dell'altro. Si realizza, così, una danza relazionale in cui tutti i partecipanti sono coinvolti in egual misura nella ricerca di una dimensione di equilibrio tra le varie domande evolutive, attraverso l'implicazione di risorse come comunicazione, fiducia, capacità di gestire la conflittualità.

Nell'esperienza presentata abbiamo potuto osservare l'evoluzione di un'equipe curante che nell'affrontare il proprio percorso di recovery, ricostruisce il senso della propria partecipazione agli incontri di supervisione. Il recupero di un nuovo significato rispetto alla partecipazione agli incontri, avviene attraverso la mobilitazione di risorse che vengono sollecitate dal supervisore mediante un invito affettivamente coinvolto nei confronti dell'intero gruppo di lavoro ad implicarsi autenticamente nella relazione.

Le tematiche emerse nel corso degli incontri, che sono state oggetto di riflessioni, discussioni, a volte anche molto animate, chiarimenti e confronti, orbitano attorno ai concetti di potere, risorse, conflitto, fiducia, ciascuno con una propria declinazione all'interno del percorso del gruppo.

Il potere esercitato ed imposto dall'esterno crea frustrazione, senso di impotenza e diffidenza nei confronti dell'altro, ma se si riescono ad esplicitare in maniera diretta i propri posizionamenti rispetto all'organizzazione di cui si fa parte, allora diventa realizzabile una collaborazione attiva ed efficiente, basata su uno scambio, in cui ciascuna delle parti può apportare il proprio contributo come frutto dell'esercizio di un potere personale di autodeterminazione; in tal modo si possono creare le condizioni anche per una serena accettazione del potere gerarchico, vissuto spesso come persecutorio e fagocitante.

Il riconoscimento del proprio potere personale permette di collocarsi all'interno della relazione in un'ottica co-costruttiva di quelle che sono le possibilità evolutive di ciascuno, a partire dal riconoscimento reale delle proprie domande di cambiamento. Accettare l'esistenza del conflitto come elemento costitutivo della relazione e rinunciare all'obiettivo utopico di eliminarlo, significa accettare di convivere con i problemi che, anche se non possono essere risolti, anche se non possono essere "guariti", è possibile però gestirli in maniera costruttiva, considerandoli come un'occasione di sviluppo di nuove opportunità.

Affinché si verifichi il cambiamento è necessario volerlo ed è necessario avere fiducia nella possibilità che esso avvenga: un lavoro che esita in un incremento del senso di fiducia nei confronti dell'altro, non può che innescare circoli virtuosi verso istanze trasformative, di cui fiducia e speranza costituiscono la spinta propulsiva.

Fiducia e speranza si alimentano attraverso la capacità di riscoprire in ogni occasione gli elementi di risorsa, ovvero quegli aspetti di salute che restituiscono la vitalità, la possibilità di movimento, la prospettiva del raggiungimento di una forma di benessere, anche al di là della presenza di aspetti di cronicità, di fissità, di immobilità, che sembrerebbero comprometterne la fattibilità.

La "cura del gruppo" ha favorito l'affiatamento tra i membri dell'equipe curante. Il gruppo ha così riscoperto una rinnovata motivazione al lavoro, convogliando le energie di ciascuno verso il progetto

comune; ne è così risultato rafforzato in termini di identità professionale e di qualità delle relazioni, aspetti centrali per il lavoro di chi convive con il disagio psichico.

Peculiarità di tale lavoro è orientare l'integrazione del paziente, obiettivo perseguibile soltanto se si lavora in modo coordinato e fortemente coeso, al fine di individuare dei dispositivi di sintesi che riconducano la frammentazione e la dispersione all'unità.

In un'ottica di interdipendenza relazionale il miglioramento delle relazioni tra i curanti investe inevitabilmente la relazione con i pazienti di cui ci si prende cura, favorendo le condizioni di salute psichica dei pazienti stessi.

La definizione di recovery risulta complicata probabilmente perché in essa è contenuta la descrizione di un processo articolato come questo, in cui sono coinvolti tutti gli attori del sistema, che, in quest'occasione, si sono cimentati in rapporti costruttivi di salute con il proprio contesto d'appartenenza attraverso il contenitore della supervisione, che ha reso possibile l'evolversi di tale processo.

Bibliografia

- Barnà C. A. (1995). Esperienze di supervisione nei Servizi. *Koinos Quaderni. Fattori Terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*. 3, 39-57.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock Publications.
- Bosio, A. C., Graffigna, G., Scaratti, G. (2012). Knowing, learning and acting in health care organizations and services: Challenges and opportunities for qualitative research. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 7: 256-274
- Carrino L. (1982). La dimensione affettiva del lavoro critico. In Crepet, P., De Salvia, D., De Plato, G., Giannichedda, M.G. (Eds), *Fra regole e utopia*. Coop Ed. Psichiatria Democratica, Bologna.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129-36
- Fruggeri, L. (1995). Il coordinamento interpersonale di azioni e significati nelle dianmiche di stabilizzazione. In Biancardi, M., Telfener, U., *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- Foucault, M. (1963). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli. (Edizione originale pubblicata nel 1962)
- Grasso M., Cordella B., Fedele R. (2010). Partecipare, pensare la relazione in supervisione, in Grasso, M. *La relazione Terapeutica*. Bologna: Il Mulino.
- Gobbi, M. (2007). L'impatto della patologia psichiatrica sugli operatori in Stoppa, F. (Eds) *Effetti d'equipe. Saggi sull'attualità del lavoro in gruppi ed istituzioni*. Pordenone: Libreria al Segno Editrice, (pp. 20-23)
- Maone A., D'Avanzo B. (Eds) (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Perini, M. (2007). "Si vis pacem para bellum: Educare al conflitto per promuovere la relazione". Relazione alle Giornate di studio dell'Associazione Freudiana su *Psicoanalisi e domanda sociale. Educare all'impossibile?*, Torino 30 marzo e 1 aprile 2007. (www.associazionefreudiana.org/dossier1.asp)
- Stewart ,M., Brown, J., Donner, A., Mcwhinney, I.R., Oates, J., Weston, W., Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on out come. *Family Practice*, 49 (9): 796-804.
- Stoppa, F. (2007). C'era una volta l'equipe in Stoppa F, (Eds) *Effetti d'equipe. Saggi sull'attualità del lavoro in gruppi ed istituzioni*. Pordenone: Libreria al Segno Editrice, (pp. 3-5).
- Telfener, U. (2012). *Apprendere I contesti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- <http://www.associazioneclelia.org/2012/07/06/uninutile-differenziazione-tra-sani-e-malati/>

Si ringraziano gli operatori che hanno partecipato agli incontri di supervisione per il prezioso contributo dato alle nostre riflessioni e al nostro lavoro. Esponendosi in prima persona, ci hanno aiutato ad alimentare ed accrescere le nostre reciproche competenze: Lucia Casaroli, Andrea Celoria, Crescenzo Crociani, Mariagrazia Forte, Daniela Gulla, Romina Infante, Elvira Mereu, Valter Musto, Fernando Piazza, Annamaria Silipigni.