

Passato e presente nella supervisione di un caso clinico con un'equipe psichiatrica

Giuseppe Maffei, Lucca

Paziente: <Dottore, volevo dire...>
Dottore: «'Quando' voleva dire?»

(1) Non credo per inciso che il «super» presente nella parola voglia indicare che il supervisore debba porsi in una posizione di superiorità; credo che sia più funzionale al suo compito attivare piuttosto uno sguardo laterale, cercando di guardare tra le pieghe, dove il discorso degli altri lasci intravedere delle linee di frattura del proprio tentativo di coerentizzazione. Deve vedere bene, ma non stare in tribuna d'onore, nel mezzo, ma appunto di lato, dove la non centralità della posizione può permettergli uno sguardo di tipo analitico. Vedremo poi quanto sia importante che egli colga ciò che è presente durante l'incontro stesso di supervisione.

Un'equipe di operatori psichiatrici di una Usl, una volta al mese, lavora con un supervisore (1): viene discusso ogni volta un caso diverso e chi presenta è pure, sempre, un diverso operatore. Nell'incontro che discuteremo, la presentazione del caso competeva a un operatore molto vivace e sensibile, che apparve però fin dall'inizio chiaramente seccato e, contrariamente al suo solito, con un atteggiamento un po' sufficiente. Il supervisore notò subito, specie a causa del tono delle voci, che certi problemi e certe difficoltà già notati nei precedenti incontri, erano presenti in modo particolare; era evidente che motivi di ordine istituzionale rendevano spiacevole il lavoro e che nessuno era impegnato a discutere il caso con profondità. Parlottii relativi a problemi di orario di lavoro intralciarono perfino le prime battute del presentatore. L'equipe di cui parliamo non era riuscita a costituirsi in gruppo di lavoro e spesso chi presentava i casi lo faceva perché vi si sentiva costretto da motivi istituzionali; era fin troppo evidente, talora, che tutti non aspettavano altro che l'ora di supervisione finisse.

Il supervisore usa suddividere ogni incontro di questo tipo in due tempi diversi. In un primo tempo lavora con colui che presenta e tre altri operatori casualmente scelti;

in un secondo tempo chiede ai componenti del gruppo allargato di commentare il lavoro del piccolo sottogruppo e discute poi con tutti quanto emerso da questi commenti. Vedremo poi i motivi di questa scelta. Tornando al resoconto dell'incontro, l'operatore che presentò il soggetto malato dimostrò subito, chiaramente, di non conoscere bene l'anamnesi del caso; talora, di fronte a domande di alcuni colleghi, sembra doversi arrampicare sugli specchi. Con ogni probabilità non voleva dire di trovarsi in difficoltà per evitare di fare brutte figure o subire rimproveri «istituzionali». Il supervisore avvertiva un'atmosfera profondamente e pesantemente falsa. Qualcuno del gruppo allargato, provocatoriamente disse: «Perché esiste il monumento al milite ignoto e non quello al 'caso'? Non sono da considerarsi come valorosi tutti quei 'casi' che muoiono quando sono o discussi in gruppo o descritti nei lavori scientifici?» La battuta che poteva sembrare leggera, conteneva però un accenno alla morte. Lo stesso supervisore, pure lui provocatoriamente, propose di chiamare «Caso» il paziente non ancora nominato con un nome proprio.

Questi non fu subito presente nella vita psichica attuale dei diversi operatori, che, come già detto, era prevalentemente occupata da temi rivendicativi istituzionali. Il soggetto malato infatti, piuttosto che essere presente nella vita psichica degli operatori, sembrava appartenere a un loro passato ormai codificato e privo di emotività. Era un ossessivo, un povero «rupofobo» costretto ad infinite abluzioni, un «ossessivo psicotico», uno di quei «casi» in cui la follia ossessiva aliena da ogni forma di autenticità ed in cui la gravità dei sintomi rende inaccessibile ogni rapporto significativo con gli altri. Chiedeva consigli all'infinito, non ce la faceva a smettere di interrogare chi gli si avvicinava e, di conseguenza, chi aveva a che fare con lui, non desiderando di perdere del tempo, era tentato di liberarsene sperando che fossero altri a prenderlo in carico.

Non può non tornare alla mente, a chi ha esperienza di letture, un soggetto ossessivo magistralmente descritto, qualche anno fa, da Leclaire (2). Diceva Leclaire che l'ossessivo è in qualche modo, psichicamente, già «morto»

(2) S. Leclaire, *Smascherare il reale. Saggio sull'oggetto in psiconalisi*, Roma, Astrolabio, 1973.

e che parla spesso, appunto, da una posizione «morta» già acquisita. Ma «Caso» è sempre stato «morto»? Quando «muore» un soggetto ossessivo? Nel racconto anamnestico parzialmente falsificato gli eventi vivi che precedettero l'esplosione della sintomatologia erano raccontati come eventi appartenenti appunto ad un passato che il presentatore non riusciva a far risuonare nella psiche dei suoi colleghi ne, apparentemente, nella propria: masturbazione, colpa, omosessualità si riferivano ad eventi reali esterni e interni che le parole usate non riuscivano a far rivivere. La mente si rifiutava quasi di ascoltarle, le percepiva come di maniera e aventi, comunque, solo un significato formale. Masturbazione, colpa, omosessualità sono parole che, per come erano pronunciate, avrebbero potuto esserlo per un qualsiasi altro «caso» di ossessività. Non riuscivano a porre in contatto con la singolarità irripetibile di quel particolare e irriproducibile soggetto.

Si avvertiva anche, tra gli operatori, come un piacere sottile di poter finalmente parlare di questo «caso» tra esperti, tra persone che in qualche modo «se ne intendono». Venne ad esempio affrontata una discussione diagnostica e, dal tono della discussione, si ricavava l'impressione che l'inserimento in una categoria diagnostica (vuoi clinica classica vuoi riferentesi a schemi psicoanalitici), svolgeva la funzione di «catturare» finalmente e definitivamente, nello schema diagnostico, un soggetto altrimenti imprevedibile. Quel particolare tormento, quella particolare sofferenza di Caso, quella sua particolare capacità di sfuggire ad ogni contatto significativo con gli altri, erano presi, appunto «catturati», in una rete di significanti propri al gruppo degli operatori. Si parlava di un soggetto che, come tale, era ormai definitivamente codificato e reso assente dalla vita psichica attuale degli operatori. Non si riusciva a percepire la sua vita psichica; Caso era in qualche modo irrepresentabile. Sembrava che l'inquadramento diagnostico servisse a far sì che quel soggetto così classificato e «catturato», non facesse più paura né creasse più una qualche forma di sconcerto; l'incontro con la sua radicale alterità era rimandato e forse reso definitivamente impossibile.

La discussione non riguardava solo l'inquadramento diagnostico, ma i quattro operatori si addentrarono anche in considerazioni psicopatogenetiche. Si aveva comunque l'impressione, anche a questo proposito che ciò che veniva proposto nasceva pure, non dalla loro esperienza presente, ma come da un passato remoto. Un operatore raccontò ad esempio che aveva conosciuto il «suo» primo ossessivo quando non aveva ancora studiato sui libri la «nevrosi fobico-ossessiva». Ricordava di avere provato in tutti i modi a cercare un rapporto soggettivo e significativo con quel primo «Caso». Si era trattato di un rapporto molto frustrante e la frustrazione era stata particolarmente forte in quanto c'era stata una profusione di energia e impegno volta ad un tentativo di aiuto che non aveva però condotto ad alcun esito positivo. Quando, successivamente, aveva studiato i meccanismi basali tipici della nevrosi ossessiva (l'isolamento, l'annullamento retroattivo, la trasformazione nel contrario etc.), questi gli erano sembrati perfettamente corrispondenti a ciò che aveva osservato e sperimentato nella relazione con quel suo primo paziente. Risultava evidente che quella esperienza originaria intralciava un libero funzionamento del suo pensiero. La sua relazione con l'attuale paziente era molto marcata da quella vecchia esperienza e si costituiva comunque a partire da quella. L'esperienza originaria serviva da difesa rispetto alle difficoltà ed inquietudini della relazione attuale.

Un altro operatore compì osservazioni apparentemente più analitiche e riferentisi comunque a modelli psicoanalitici che tendono a ricondurre la sintomatologia psicopatologica a ripetizione, sia pure mascherata, di eventi o vissuti della primissima infanzia. Questo passato che emergeva dal suo racconto atteneva comunque ad un proprio livello immaginario nel quale gli eventi psicopatologici erano inquadrati e sistematizzati come in un modo definitivo e il modello teorico appreso serviva appunto come una griglia che era capace di imprigionare ogni possibile novità. Un eccesso di istinti aveva determinato un eccesso di difese. Occorreva aiutare Caso a riconoscere gli uni e gli altri. Sembrava così che l'operatore, a

livello del suo funzionamento mentale, attingesse cioè il suo sapere non direttamente dall'esperienza ma da questo schema di riferimento ormai stabilmente costituito. Tutto quello che diceva, sembrava nascere da un modello teorico appreso e che continuamente gli serviva come bussola per inquadrare le varie forme di psicopatologia e per muoversi tra queste con un minimo di disinvoltura. Si era comunque costituito vari modelli ed è da questi che riusciva ad attingere ogni suo sapere. Anche gli interventi del leader dell'equipe sembravano pure appoggiarsi prevalentemente sul passato ed esattamente sul passato del servizio. Ciò che diceva attingeva al ricordo di esperienze avvenute nel passato con pazienti simili e dei vari decorsi clinici che pazienti simili avevano «subito». Egli funzionava quasi da memoria collettiva del gruppo. Comunque, a suo avviso, non era affatto opportuno assumersi «in carico» questi pazienti perchè essi finiscono per «attaccarsi» in modo eccessivo e, di conseguenza, da un lato creano «carichi» psicologici individualmente poco sopportabili e dall'altro provocano, se non altro a causa del loro eccesso di frequenza, problemi di funzionamento dei servizi. Tutto sommato, in casi simili, sarebbe meglio lasciare scivolare via, senza assumersene il «carico», queste presenze ossessive sostanzialmente destinate a rimanere tali. Era evidente che anche per lui era un passato di esperienze fortemente significative a determinare in modo eccessivo la sua attuale posizione.

Ma Caso avrebbe potuto essere un paziente diverso da tutti quelli fino ad allora conosciuti. Con queste notazioni sostanzialmente critiche relative alla prevalenza dell'esperienza del passato su quella del presente, non voglio assolutamente negare, ovviamente, l'importanza dell'esperienza che, col passare del tempo viene man mano accumulandosi. Ma è anche vero che ho spesso osservato che questa può pesantemente intralciare il lavoro sia psichiatrico che psicoterapeutico. L'esperienza del passato può cioè porsi in primo piano e finire per sostituire l'esperienza del presente. In un recente lavoro Sabbadini (3) sostiene che il processo analitico è sostenuto, anche, da una tensione tra la

(3) A. Sabbadini, "Boundaries of timelessness", *International Journal of Psycho-Analysis* 70, 1989, pp. 305-314.

dimensione in qualche modo senza tempo delle esperienze primarie che il trattamento può riattivare e l'estrema attenzione ai tempi reali, che il mantenimento del setting implica. Mi sembra un'osservazione che può essere utilizzata in tutte le forme di relazione psichiatrica e psicoterapeutica: occorre sempre situare ciò che accade all'interno di queste relazioni in un «tra» esperienze primarie - che si situano ad un livello immaginario - e realtà del presente - livello simbolico - senza espellere dalla scena nessuno dei due termini in questione. Se, di fronte ad una tale prevalenza delle esperienze del passato, il supervisore non fosse particolarmente cauto, egli sarebbe «spontaneamente» trascinato a compiere gli stessi movimenti psichici cui ha assistito: potrebbe essere cioè tentato di far semplicemente emergere le conoscenze del suo passato. La tentazione non può essere che molto forte perché egli è, in genere, più raffinato da un punto di vista teorico di coloro con cui lavora; gli sarebbe pertanto relativamente facile contrapporre o sovrapporre alle altre, anche la propria esperienza. Ma in questo caso, egli creerebbe, sia pure involontariamente, una sorta di complicità con quegli atteggiamenti ora descritti che sono tipici di un certo tipo di lavoro istituzionale e che sono indirizzati a imprigionare in schemi l'inquietante presenza di Caso. Le osservazioni compiute dagli operatori erano state infatti tutte pertinenti e avrebbero appunto potuto essere sviluppate e raffinate. Poteva essere fatto un lavoro, cioè, sia sui meccanismi difensivi, che sulle parole dette dal leader sia anche sul ruolo delle originarie esperienze infantili. Bastava introdurre concetti (pulsione di morte, identificazione proiettiva) o evidenziare parallelismi con famosi casi clinici già descritti. Nei riguardi delle motivazioni della tentazione ora descritta occorre pensare al fatto che il supervisore è spesso un analista che lavora prevalentemente nel privato e che lavora nel pubblico da un lato per poter osservare del materiale clinico quale si presenta al di fuori del suo campo specifico di lavoro e dall'altro per avere scambi comunicativi con colleghi non analisti e ridurre tramite questa frequenza la sostanziale solitudine che caratterizza il suo lavoro quotidiano.

La partizione in due tempi dell'incontro di supervisione (accennata all'inizio) aiuta a istituire, nella seconda parte del lavoro, una riflessione sul passato prossimo, ancora presente e costituito dal vissuto sperimentato nella prima morte. E' una misura in qualche modo ovviamente «agita», ma che si è rivelata molto utile. Il vissuto può essere oggetto, ora, di una riflessione sul vivo dell'esperienza; questa riflessione può essere improntata ad una impostazione analitica e, come tale, può essere particolarmente utile, specie per gli operatori che non hanno un'impostazione analitica, all'acquisizione di un punto di vista diverso da quello abituale.

Occorre tra l'altro osservare che ciò che accade, durante la prima parte della discussione, nella relazione tra l'operatore che presenta da un lato e, dall'altro, gli altri tre operatori e il supervisore, presenta, a livello di vissuto, delle notevoli analogie con ciò che è avvenuto nella relazione tra colui che presenta e il paziente presentato. Il gruppo osservante si trova spesso di fronte un piccolo gruppo le cui modalità relazionali evidenziano in qualche modo le modalità relazionali del rapporto nei riguardi del quale la supervisione stessa è stata istituita. Si percepiscono cioè emozioni e sentimenti che rivelano corrispondenti vissuti della relazione terapeutica originaria. Nella discussione di «Caso» il gruppo osservante notò ad esempio che coloro che facevano parte del gruppo osservato avevano parlato a bassa voce; era stata avvertita una grande noia e gli stessi osservanti si erano molto annoiati. Fu detto che il supervisore aveva tentato di rendere l'altrui racconto più umano, ma che non vi era riuscito. Il gruppo aveva avuto l'impressione che, da un lato, egli avesse urtato contro resistenze molto forti ma che dall'altro anche lui si fosse limitato nell'esplorazione e non avesse voluto capire fino in fondo. In effetti il supervisore aveva voluto un racconto esatto, a partire dalla prima telefonata, della modalità di inizio del lavoro, aveva voluto che certi particolari anamnestici fossero raccontati con maggior precisione e vivezza, aveva colto, a un certo punto, una emozione di paura di «Caso», ma, sostanzialmente, non era riuscito a far emergere dei vissuti tali da renderne migliore la comprensione.

Era però stata presente noia e questa fu l'elemento su cui, a partire dalla domanda del perché il lavoro del piccolo gruppo aveva annoiato, il grande gruppo poté invece lavorare in modo proficuo. I componenti del piccolo sottogruppo, fu osservato, non avevano attinto alle loro emozioni, non avevano dato il meglio di sé; tutti gli osservanti che intervennero, avevano notato che chi aveva parlato lo aveva fatto rimanendo al di sotto della sua acutezza e perspicacia abituali. Era insomma esistito un sottorendimento evidente di tutti e tutti gli osservanti avevano dovuto trattenere un impulso ad andarsene o a rompere la consegna del silenzio presente nella prima parte del lavoro. Non fu possibile non notare che questi vissuti potevano essere proprio corrispondenti ai vissuti di Caso. Il racconto che lui faceva, le modalità di rapporto che aveva stabilito con l'operatore facevano pensare proprio alla presenza da un lato di un discorso morto e dall'altro di un impulso alla ribellione. Questa osservazione era del resto già stata compiuta, ma ora, la problematica di Caso aveva interagito con la vita psichica degli operatori e questi, compreso il supervisore, potevano ora essere in un atteggiamento maggiormente empatico. Il lavoro compiuto aveva permesso di attivare in tutti gli osservanti una conflittualità molto lontanamente di tipo ossessivo (una conflittualità comunque tra impulsi e difese superegoiche) e questa poteva ora consentire un contatto migliore con la problematica del paziente. Si era finalmente in «presenza» di qualcosa di vivo e su questo era forse possibile pensare ad un progetto terapeutico. Non è sempre possibile istituire questo tipo di contatto tra la vita psichica dei pazienti e quella degli operatori, ma credo che, quando vi si riesce, uno degli scopi fondamentali di un lavoro di supervisione possa essere considerato raggiunto.