

## SUPERVISIONE CLINICA “PIETRE VIVE”

*Vocazione è il luogo in cui il silenzio profondo del tuo cuore  
incontra il grido del mondo, il suo dolore, il suo abbandono, i suoi bisogni...*

### Progetto sperimentale costruzione casi clinici

#### Premessa

La costruzione dei casi non appartiene solo alla scienza medica, ogni gruppo può attuarla secondo le sue peculiarità. A nostro avviso è fondamentale riconoscere e dare voce alla soggettività della persona: una soggettività che è particolarmente sofferente, perché fa un doppio lavoro, dovendo elaborare anche un mondo proprio, separato, quasi incomunicabile con quello degli altri. Il nostro scopo è quello di fare comunicare i due mondi, di far parlare e, soprattutto, di imparare ad ascoltare questo mondo altro. Qui si intrecciano due storie: quella istituzionale, delle crisi, delle diagnosi, delle terapie, e quella relazionale, dei rapporti stretti con chi la persona ha conosciuto. Bisognerebbe aggiungere anche la storia familiare e, nostra grande ambizione, la storia raccontata dal soggetto in prima persona, come lui l'ha vissuta.

Vorremmo porre l'accento sul concetto di **“costruzione storica del caso”**. La soggettività si colloca nel fluire del tempo. Questo vale anche per noi e per i gruppi. Non c'è soggetto senza storia. Inoltre, l'unico modo che abbiamo di fare esperienza della realtà è il corpo. Per questo nel disagio psichico, dove spesso si crea una scissione con il proprio corpo, si perde anche la propria storia. Vorremmo ora proporre un modo di costruire una storia cercando di spiegare al contempo perché questo è formativo. È formativo perché ci si educa a un linguaggio, a un modo di vedere le cose. **Per fare questo occorre un metodo, perché spesso anche noi siamo schiavi del linguaggio comune. In genere si parla di un caso o analizzando il bisogno, oppure individuando l'handicap e cercando la riabilitazione, in queste modalità di affrontare i casi noi, o l'istituzione, facciamo da “altro del soggetto”.**

**Dobbiamo mettere al centro del caso la relazione soggetto-altro.** Se l'altro cerca di vedere bisogni o di censire handicap è un altro che è portatore di un sapere esterno e cerca di rispondere plasmando il soggetto. Si instaura un rapporto di tipo assistenziale. Noi, invece, non vogliamo costruire un nuovo sapere sul soggetto, ma fare in modo che il soggetto possa relazionarsi con un altro diverso. Un altro che si pone in relazione con lui in maniera "ingenua". Noi vogliamo restaurare il transfert, quella condizione emotiva che caratterizza il rapporto tra il paziente e il terapeuta, che non concepisce la relazione in modo unidirezionale. **Se si lascia libera la relazione l'altro può ascoltare.** Il soggetto, infatti, ama l'altro che ascolta, che è interessato a quel che lui dice. Nella costruzione del caso, quindi, dovremmo ricostruire la storia del soggetto. Ciò che tutti i suoi altri hanno detto di lui, questo non per farne una sintesi ma **per raccontare una storia facendo parlare il soggetto, mettendo insieme i particolari che ognuno ha conosciuto di lui. È una lettura collettiva.**

Ci vogliamo formare a costruire intorno al soggetto un interlocutore nuovo, che gli rimandi un'immagine diversa. Dobbiamo dare una cittadinanza emotiva e psichica alle Persone (Minori e Adulti) che cerchiamo di accogliere. Dar loro una cittadinanza significa anche comprendere che la normalità è, come la maggioranza politica, un concetto statistico, è la media delle devianze. **Noi vogliamo occuparci della minoranza.** Quanto sopra citato sposta l'attenzione sulla modalità con cui io mi metto di fronte all'altro. La soggettività si dà nella relazione, la relazione si dà nel corpo e nel tempo. **Lo specifico della clinica dell'educatore è proprio la relazione.** Questo mette in discussione tutti i metodi di costruzione del rapporto che non sono così, quelli che derivano

da una manipolazione invece che dall'ascolto. Questo metodo per affrontare la relazione ha perciò anche un significato politico. Siamo profondamente convinti che discutere il caso clinico migliora la qualità degli interventi terapeutici, degli interventi educativi, riabilitativi e **la relazione con il soggetto, riconosciuto come portatore di una storia, di un'esperienza personale e di una competenza sulla propria vita.**

### **Affrontare disagio e negatività**

“La supervisione d'équipe viene spesso utilizzata per narrare, contenere e comprendere stati emotivi difficili. Perciò è ovvio che l'operatore o gli operatori in difficoltà mettano in risalto soprattutto gli aspetti più negativi, raccontando gli eventi anche in modo drammatico. Il tono emotivo può avere anche un'escalation importante, per cui sarà compito del supervisore contenere, se necessario, lo sfogo dell'operatore e stimolare il gruppo all'ascolto empatico. Si potrà elaborare i contenuti giungendo alla condivisione del messaggio razionale che il problema non è il disagio vissuto dall'operatore. Il malessere che sentiamo è un segnale dell'esistenza del problema, l'espressione di bisogni o difficoltà che, non trovando soluzioni migliori, si manifestano appunto attraverso le emozioni sgradevoli o dolorose.

L'obiettivo comune sarà quindi individuare gli obiettivi che possono aiutare l'équipe a risolvere il problema vissuto con un particolare utente o con un suo parente, con il servizio, con le altre équipe di lavoro, con le figure deputate al coordinamento e al monitoraggio dei progetti educativi individuali. Il problema è ciò che può scaturire il disagio dell'operatore. Dal punto di vista operativo, deve quindi essere riconosciuto, analizzato, vi deve essere una chiara definizione degli ostacoli che impediscono il raggiungimento di uno stato che consenta il normale lavoro quotidiano (Pennati 2005).

Dalla definizione di problemi e ostacoli **sarà possibile poi elaborare in équipe degli obiettivi comuni e soluzioni operativamente fattibili** in grado di portare alla risoluzione del problema e quindi del disagio che esso può comportare (Spagnulo 2004). Tale approccio è noto per il suo pratico utilizzo sia nelle difficoltà che quotidianamente si possono incontrare, sia in ambito terapeutico, in particolare nelle psicoterapie brevi centrate sul problema (O' Connel 2002). È chiaro anche l'influsso delle tecniche utilizzate nella mediazione familiare (l'équipe vissuta come 'buona famiglia interiore' è trattata anche da Braidì, Cavicchioli 2006) anch'esse indirizzate verso il *problem solving*”.

Un buon lavoro educativo e psicologico implica un coinvolgimento a più livelli, tanto professionale quanto umano; è **necessario, pertanto, che ciascun operatore non censuri nulla di sé ma, anzi, dia credito alle proprie intuizioni, pensieri, stati affettivi e fatiche.** Tali elementi consentono, infatti, l'accesso ad un nuovo livello di consapevolezza di sé e di conoscenza dell'Altro, più approfondito e maggiormente centrato sugli obiettivi educativi e di cura intesa in senso globale della persona.

**Non è quindi conveniente separare la conoscenza della buona pratica educativa dal sentirsi educatore, disgiungere il cuore dalla ragione: essi concorrono insieme, poiché lo scopo è innanzitutto la cura del proprio destino personale, come Persona e come Professionista, il proprio compimento, come tentativo di risoluzione di sé, in primis personalmente e, conseguentemente, anche con le persone con cui si sta lavorando.**

Il motore del cambiamento è identificabile quindi in due fattori: il primo come percorso di conoscenza di sé in qualità di Persona e di Operatore, guardando con attenzione ciò che risuona all'interno e, secondo, come condivisione all'interno dell'équipe di quanto intuito. **L'équipe rappresenta il Soggetto curante ed educativo per eccellenza, il luogo in cui è possibile portare ciò che ciascuno è, secondo la propria sensibilità e competenza.** Il collante è conseguentemente una *fiducia in anticipo* nei confronti degli altri operatori, poiché tutti possono essere portatori di uno sguardo nuovo e risolutivo dei nodi problematici.

La cura di sé e l'attenzione verso l'équipe generano un cambiamento positivo, anche indirettamente, nei confronti dei minori della Comunità.

Scopo della condivisione in équipe non è perciò l'annullamento e la cancellazione di elementi negativi o discordanti per convergere in un pensiero unico, bensì la valorizzazione delle differenze personali e professionali, purché abbia come scopo l'approfondimento della conoscenza dell'Altro e, conseguentemente, la ricerca di nuove modalità relazionali più funzionali, per incrementare la qualità del lavoro educativo, psicologico e riabilitativo.

## **Obiettivi**

Gli obiettivi di questo progetto sono quattro:

1. la costruzione di una équipe integrata che si basi sul riconoscimento dei saperi differenziati e sulla valorizzazione delle differenti professionalità;
2. favorire una migliore e maggiore circolazione dell'informazione;
3. restituzione di soggettività all'utente;
4. aumentare la qualità del lavoro educativo e terapeutico - riabilitativo.

## **Metodo**

Tempo: una volta al mese. Durata: due ore.

### **Suddiviso in due momenti:**

1. **Esposizione del caso clinico sotto prospettive, angolature e professionalità differenti, sempre tenendo presente il fatto fondante di costruire una storia e una relazione significativa.**
  - **Dimmi tu con la tua professionalità, con il tuo ruolo, in base alla tua esperienza di relazione con il Minore/Adulto accolto come lo vedi.**
    - 1/4 d'ora – l'educatrice case manager: tentativo di ricostruzione della storia personale e insorgere delle difficoltà e della eventuale sintomatologia patologica;
    - 1/4 d'ora - la psicologa espone la sua relazione con l'utente, sottolineando i campi propri del sapere;
    - 1/4 d'ora – la Coordinatrice della Comunità illustra i percorsi educativi e riabilitativi con una breve analisi delle disabilità e delle risorse;
    - 1/4 d'ora - l'educatore che fa una attività strutturata di gruppo con il Minore ne espone gli aspetti relazionali.
    - 1/4 d'ora – nel caso di presenza dello psichiatra, lo stesso porrà l'accento sugli aspetti clinico-sintomatologici e farmacologici.

La relazione di ogni componente l'équipe deve essere scritta per poter essere messa agli atti. L'ordine degli interventi può essere cambiato a seconda delle necessità e delle competenze. **Fondamentale rimane il fatto che ognuno abbia il medesimo tempo a disposizione.**

## 2. Discussione del caso clinico

- Per fare in modo che la discussione sia proficua e costruttiva è opportuna la presenza di un supervisore esterno all'équipe educativa che abbia competenze adeguate nella formazione dei gruppi, la cui funzione è quella di mediare e guidare il gruppo.
- Dovrà essere individuato **un segretario dell'équipe** che registrerà tutti gli interventi, **per poter costruire uno schedario dei casi clinici**, che sarà di estrema utilità sia per valutare i cammini percorsi, sia per le future discussioni del caso.
- L'ultimo quarto d'ora avrà la parola il supervisore con il compito di ricostruire l'unità degli interventi e fare il punto della situazione. Si può, infine, individuare ed esplicitare un punto di lavoro, ipotesi di lettura e/o modalità operative e stili relazionali specifici per cercare di introdurre un cambiamento durante la messa in atto del progetto educativo.

## Verifiche

Dopo sei mesi dall'inizio del progetto (pertanto a marzo 2020) l'équipe deve verificare metodo e obiettivi proposti, ricercandone sia l'efficienza che l'efficacia a livello dell'integrazione dell'équipe stessa e della relazione con l'utente.

## Investimento

- Tempo: intervento sulla turistica;
- Economico: budget per l'affidamento dell'incarico al supervisore esterno.

## Bibliografia

- Ainley M.D., *Styles of engagement with learning: multidimensional assessment of their relationship with strategy use and school achievement*, “Journal of educational psychology”, vol. 85, pp.395-405.
- Bianchera I., Cavicchioli G. (a cura di) (1998), *L’approccio narrativo,teoria e applicazioni nell’intervento sociale*, Padova, Unipress.
- Braidì G. (2001), *Il corpo curante:gruppo e lavoro di equipe nella pratica assistenziale*, Milano, FrancoAngeli, p.143.
- Braidì G. e Cavicchioli G. (2006), *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro: esperienze di supervisione e intervento nei servizi alla persona*, Milano, FrancoAngeli.
- Brusciaglioni M. e Gheno S. (2000), *Il gusto del potere*, Milano, FrancoAngeli, pp. 13-15.
- Converso D. e Picardo C. (2003), *Il profitto dell’empowerment*, Milano, Raffaello Cortina.
- De Beni R. e Moè A. (2000), *Motivazione e apprendimento*, Bologna, Il Mulino.
- Haynes J. e Buzzi I. (1996), *Introduzione alla mediazione familiare: principi generali e sue applicazioni*, Napoli, Giuffrè.
- Klein M. (2002), *Il nostro mondo adulto*, Firenze, Martinelli & C., p.25.
- Makover R.B. (1996), *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*, Roma, LAS.
- Marcoli A. (2009), *Passaggi di vita: le crisi che ci spingono a crescere*, Milano, Mondadori.
- Meier C. (2010), *Storie e cambiamento*. In G. Rezzonico e C. Meier (a cura di), *Il counselling cognitivo relazionale*, Milano, FrancoAngeli.
- Mezzani B. (a cura di) (1999), *Narrare il gruppo*, Padova, Unipress.
- O’Connel B. (2002), *La terapia centrata sulla soluzione*, Salerno, Ecomind.
- Pennati A. (2005), *Risolvere problemi. Dentro e fuori dalle organizzazioni – Una guida al problem solving metodologico*, Milano, FrancoAngeli.
- Racamier P.C. e Taccani S. (1986), *Il lavoro incerto, ovvero la psicodinamica del processo di crisi*, Pisa, Del Cerro.
- Spagnulo P. (2004), *Problem solving: l’arte di trovare soluzioni*, Salerno, Ecomind.

Lo psicologo -psicoterapeuta  
dott. Stefano Panzeri

Inverigo, 8.09.20