

La supervisione clinica con le professioni di aiuto e di cura . La costruzione del caso clinico .

Stefania Torrasi, Psicologa psicoterapeuta psicoanalista-Presidente del Centro Lemoine. Istituto IPP-Psicoterapeuta presso il centro regionale trapianti sicilia - Arnas Civico Palermo

Nell'ambito del mio lavoro clinico presso la rianimazione, orientata dalla clinica lacaniana, ho proposto di sperimentare una tecnica che avrebbe svolto sia una funzione formativa che di autovalutazione sia per medici che per infermieri: la creazione di un'*équipe* di lavoro chiamata "Gruppo- RI-ANIMARE", ideata per favorire l'elaborazione dell'attività lavorativa dei partecipanti impegnati nel campo delle professioni di aiuto e cura. La finalità primaria di tale esperienza consiste nell'eporre, a partire dalle proprie esperienze lavorative, le dinamiche e le criticità principali presentatesi nel corso delle singole attività professionali e lavorare, attraverso la parole, i risvolti che si connettono alla propria soggettività e che creano difficoltà all'operatore provocandogli un momento di "*empasse*" nella relazione.

Lo strumento utilizzato è la scrittura di un caso attraverso una griglia, da me predisposta, che rappresenta la linea guida. Ogni partecipante all'interno del gruppo poteva proporsi volontariamente per discutere il proprio caso clinico, presentandolo ai colleghi attraverso un testo (risultante dalla compilazione ed elaborazione della griglia) che veniva in un secondo momento ampiamente discusso e commentato.

La caratteristica che contraddistingue il lavoro di costruzione è quella di coniugare, in modo inedito, la narrazione *sic et simpliciter* del 'caso ' con i propri vissuti emotivi attraverso, cioè, l'implementazione della narrazione 'istituzionale' del relatore, quella desunta dai documenti scritti come cartelle o esami, con altre due fonti o esperienze di natura prettamente personale: il racconto dei familiari e quello del proprio sentire il piccolo paziente o la sua famiglia.

La costruzione clinica attraverso la supervisione permette di raccogliere e non disperdere tutti quegli elementi ed aspetti che, emersi a livello personale, sono, tuttavia, rimasti circoscritti all'interno dell'ambito familiare e del paziente.

Il fine ultimo di tale esperienza non è quello di lavorare sul piano personale , bensì sulla clinica del caso, uno ad uno, la sua logica sarà, attraverso la parola, quella di riuscire a legare qualcosa che di traumatico c'è nella storia

dell'operatore che lui stesso ha rimosso o non ha elaborato e che resta sullo sfondo, ripresentandosi come un fantasma che lo fa arrestare nell'incontro con quel paziente, con quella famiglia e con quella storia. Solo in tal modo, l'autore stesso del caso clinico, potrà arrivare gruppo dopo gruppo, caso dopo caso, a iscrivere nella propria storia quel particolare incontro.

Tale effetto non ha una valenza ed una portata limitata al singolo operatore. La lettura in *équipe*, infatti, e la discussione del caso estende i suoi effetti su tutti i partecipanti al gruppo che possono associare, ciascuno, qualcosa della propria storia umana e professionale, innestando un'insospettabile catena di avvenimenti. Essa appare come una nuova 'evidenza' che sorprende tutti (a volte perfino il medico!) e che, nel tempo, può diventare una mentalità nuova, un effetto di formazione che ri-anima proprio attraverso il transfert.

Frammento di caso:

Alberto, giovane medico, racconta e descrive, in un caso, i suoi sentimenti di fastidio, rabbia ed aggressività nei confronti della madre di un piccolo paziente ricoverato in rianimazione per un tumore cerebrale. Sentimento che si manifesta durante la consegna giornaliera delle informazioni sullo stato di salute dei pazienti al momento dell'ingresso della stanza di ricevimento dei genitori.

Il significante "morte", che emerge nella presentazione del caso, gli ha permesso l'associazione dell'episodio riguardante la malattia della propria madre con quello dei genitori del piccolo paziente, collegando il trauma della propria vita (la malattia della madre) e il trauma della comunicazione ai familiari del piccolo bambino ricoverato (la paura della sua morte). Il gruppo ha permesso ad Alberto di recuperare un suo personale passato traumatico e di metterlo in catena discorsiva anche con la storia del piccolo paziente e della sua famiglia potendo l'incontro con il piccolo paziente e la sua famiglia inquadrare il trauma nella sua storia. Attraverso il lavoro *in* gruppo con la presentazione del caso clinico, si è potuto permettere al personale curante di introdurre uno "spazio di parola" ove pensare, nel paradosso del pensare l'impensabile, non restare fissati alla sofferenza del trauma. Seduta dopo seduta, caso dopo caso, con frammenti di discorso, che emergono dall'inconscio e sotto lo

sguardo di tutti, ciascun partecipante mette in scena il proprio trauma, attraverso la ricostruzione della propria storia familiare.

Concludo questo mio breve articolo sottolineando come esso sia stato realizzato anche come offerta e invito a chiunque di voi voglia provare a proporre nel luogo in cui lavora un'esperienza di 'costruzione del caso clinico', magari in alternativa a modalità di formazione o di valutazione che hanno una parvenza più 'scientifica', ma che trascurano la persona e quindi la clinica.