

FRANCA FUBINI\*

## Incontri. Le istituzioni e i loro sogni

In questo articolo esploro come il paradigma delle *Group Relations Conferences* (GRC), figlio degli studi psicoanalitici di gruppo e degli studi di sistema, sia stato applicato nel mondo anglosassone nelle istituzioni e nei contesti lavorativi più in generale, producendo quello che si ritiene abbia un risultato contenitivo per l'istituzione e trasformativo per i gruppi che la abitano.

Anglosassone perché è dove lo sviluppo della psicoanalisi, della psichiatria e delle scienze sociali hanno trovato un loro punto di incontro molto proficuo a cavallo tra le due guerre mondiali e gli anni del dopoguerra. In Italia la socioanalisi si è diffusa molto dopo e ha prodotto risultati più contenuti pur dando voce a professionisti quali Pagliarani, Varchetta, Napolitano e molti altri, insieme alle voci di Corrao, Neri, Correale e ai molti colleghi che hanno avuto il privilegio di partecipare ai seminari di Bion in Italia negli anni Settanta e di sviluppare il lavoro con i gruppi. Dopo un'introduzione storica e teorica, saranno portati due casi clinici.

Uno si svolge in un'unità territoriale psichiatrica, protratto nel tempo e a intervalli regolari, dove si sono potute formulare ipotesi sulla funzione della 'supervisione istituzionale' (Foresti, Fubini, Perini, 2011) come contenitore per l'istituzione che la richiede.

Il secondo avviene sempre in un'unità psichiatrica, limitato nel tempo e nelle risorse a disposizione, dove proprio la 'carenza' ha sollecitato la necessità di sfruttare al meglio quanto era in offerta.

La psicoanalisi ha una storia di vita abbastanza lunga, più di un secolo. Si contano sulle dita di una mano le istituzioni di salute mentale che la possono applicare al loro interno, ma indubbiamente la psicoanalisi e il pensiero ad essa connesso hanno influenzato la cultura e lo sviluppo dei trattamenti offerti dalla psichiatria a partire dal secolo scorso.

---

\* Psicologa, psicoterapeuta, consulente d'organizzazione e gruppo analista.

La psicoanalisi studia gli elementi nascosti e repressi di un sistema, individuale quanto collettivo, e in questo modo verifica come questi elementi 'sotto la superficie' possano influenzare sia i comportamenti che le dinamiche di sistema.

Qui ci occupiamo non tanto del trattamento individuale, ma soprattutto dello sviluppo dell'aspetto gruppale della psicoanalisi e come questo abbia apportato cambiamenti nelle istituzioni psichiatriche.

Fin dagli albori della psicoanalisi Freud stesso gettò le basi per l'analisi del gruppo in cui l'individuo opera (Freud, 1921); ma lo studio specifico sul funzionamento dei gruppi si sviluppò molto dopo, durante la Seconda guerra mondiale, ed è stato applicato da una parte da Kurt Lewin e il National Training Laboratories Institute negli Stati Uniti e dall'altra parte nella Gran Bretagna da W. R. Bion, E. Trist, E. Jaques, I. Menzies-Lyth, P. Turquet, H. Bridger e molti altri che hanno dato vita al pensiero che ha permeato il Tavistock Institute of Human Relations e prima ancora la Tavistock Clinic di Londra di cui diventò ente separato, ma sotto l'ombrello della comune istituzione.

La Seconda guerra mondiale fu effettivamente un potente catalizzatore di sviluppo del pensiero gruppale, per necessità prima di tutto: selezione efficace all'interno dell'esercito e trattamento psicologico dei reduci e delle nevrosi di guerra. L'esercito britannico, nello sforzo di operare cambiamenti al proprio interno che lo rendessero più moderno ed efficiente dopo il trauma della Prima guerra mondiale, si associò con la Tavistock Clinic e molti dei professionisti che lì operavano parteciparono alla guerra nel loro ruolo di medici psichiatri e psicoanalisti.

Ricercando un sistema di selezione realistico e non basato solo sulla soggettività dei selezionatori, Bion (1946) sperimentò allora il *leaderless group project*, uno dei mattoni fondamentali per le ricerche successive sul funzionamento del gruppo che in un secondo tempo lo portarono a postulare il legame tra l'esperienza inconscia individuale, come ipotizzata dalle teorie sulle relazioni oggettuali della Klein, e le teorie del comportamento gruppale (Bion, 1961).

In quello stesso periodo la Tavistock Clinic incominciò a offrire trattamenti di gruppo ai pazienti che lo richiedevano. Si assistette, inoltre, al prolifico sviluppo delle Comunità Terapeutiche di cui T. Main (1946) gettava le fondamenta già dal primo dopoguerra.

E sempre nello stesso periodo le ricerche sui gruppi portarono allo sviluppo della Gruppo Analisi (Foulkes, 1964). Da un punto di vista sia applicativo che teorico, questa è una ramificazione estremamente interessante ed efficacemente utilizzata nei servizi di salute mentale.

In quegli anni di vera fucina di pensiero gruppale basato su studi che integravano l'approccio medico psichiatrico/psicoanalitico a quello sistematico, il Tavistock Institute incentrò i suoi studi sul campo ipo-

tizzando che l'apprendimento sia più efficace quando avviene in un ambiente che favorisca l'esperienza diretta, piuttosto che attraverso lezioni frontali e seminari. Spostando, quindi, l'accento dall'insegnare all'apprendere che è la peculiarità dell'approccio psicoanalitico.

I primi workshop di questo tipo portarono allo sviluppo delle teorie sul *qui-e-ora* e, a partire dalla fine degli anni Cinquanta, alla creazione di un metodo per studiare le relazioni nei e tra i gruppi, definite *Group Relations Conferences* (GRC) e focalizzate sui temi di autorità, leadership e organizzazione.

Una GRC è un'istituzione formativa temporanea, di solito residenziale, dove si apprende un vocabolario psicodinamico e sistemico decisamente sviluppato. Il programma si articola in eventi gruppali diversi e con compiti diversi (piccoli gruppi, gruppi di applicazione, grandi gruppi, inter- gruppi ecc.) dove staff e partecipanti, ciascuno dal proprio ruolo, sono impegnati ad apprendere nel *qui-e-ora* come il privato e il pubblico, il personale e l'organizzazione si intersechino; dove è possibile sperimentare se stessi in relazione agli altri nella gestione di un compito condiviso.

Uno tra i molti risultati possibili è di poter vedere se stessi come gli altri ci vedono, di realizzare come si sia sempre parte di un contesto sociale e di come spesso i confini tra il gruppo e l'individuo non possano essere troppo definiti. (Per una descrizione più dettagliata ed estesa delle GRC cfr. <http://www.ilnodogroup.it/it/> e <http://www.tavinstitute.org>).

Questa metodologia ha trovato un'applicazione pratica nelle consulenze di organizzazione e nel fiorire di numerose altre metodologie psico/socioanalitiche che fanno riferimento al paradigma delle GRC e che sono indirizzate a rendere intellegibili i processi inconsci dei gruppi sociali e delle organizzazioni (Long, 2013), non tralasciando di affrontare sul campo i movimenti sociali e le dinamiche delle e tra le nazioni.

La supervisione istituzionale, che verrà esplorata nei casi clinici di questo articolo, è una delle ramificazioni applicative delle GRC.

Nello specifico, la supervisione ha utilizzato insieme agli strumenti gruppali, la metodologia del *Social Dreaming* (SD), una delle innovazioni apportate da W. G. Lawrence (1998) negli anni Ottanta, quando era co-direttore dei programmi GRC al Tavistock Institute.

Il *Social Dreaming* (SD) non è un'invenzione - secoli di condivisione dei sogni nella collettività lo testimoniano – ma una scoperta che, insieme alle ricerche sulle dinamiche gruppali, portò Lawrence a ipotizzare che i sogni esplorati nel contesto dei molti – diverso da quello della diaide psicoanalitica – avrebbero potuto rivelare significati sconosciuti e facilitare lo sviluppo del pensiero applicato a tematiche sociali, culturali, istituzionali.

Il SD rispose alla necessità di concepire un evento che non solo permettesse un'esperienza approfondita dei processi inconsci attivi nella vita di un gruppo, ma consentisse anche di attingere al suo nucleo creativo. Si focalizza sul sogno e non sul sognatore, ovvero sul sapere culturale dell'ambiente piuttosto che sul carattere individuale del sognatore (Baglioni, Fubini, 2013). Fa sua la prospettiva della Sfinge – legata a problemi di conoscenza e di metodo scientifico – piuttosto che la prospettiva di Edipo – legata alla diaide terapeutica (Bion, 1961).

Lawrence formulò l'ipotesi che tale processo sarebbe stato meglio sostenuto da un contenitore diverso dal 'gruppo', termine saturo di contenuti psicodinamici, presenti, ma non applicabili al funzionamento della matrice.

Il SD avviene quindi nella 'matrice', contenitore che cattura gli echi dei pensieri che si trovano nello spazio dei -molti -nella-mente, dove ciascuno di noi è connesso con l'ambiente sociale, culturale, naturale. Nella matrice il pensiero dei sogni viene trasformato attraverso l'uso delle libere associazioni, l'amplificazione tematica e il pensiero sistematico, in modo da creare legami, trovare connessioni e liberare/generare nuovi pensieri. La matrice è inoltre il "luogo" dove la vita cosciente della veglia rispecchia il mondo inconscio/infinito del lavoro-del-sogno che avviene nel sonno. È un luogo dove 'qualcosa può crescere' (Lawrence, 2008).

Il SD fu la risposta al bisogno di concepire un evento che non solo permettesse un'esperienza approfondita dei processi inconsci attivi nella vita di un gruppo, ma consentisse anche di attingere al suo nucleo creativo, partendo dall'ipotesi che l'inconscio e il conscio possano operare in tandem. Fu dunque una risposta sperimentale alla richiesta di sviluppare uno strumento capace di mobilitare il potenziale di un gruppo di accedere alla propria saggezza collettiva, infinita e sconosciuta, e di indirizzarla alla promozione del cambiamento (Baglioni, Fubini, 2013).

In questo modo sviluppa l'intuizione bioniana per cui una preoccupazione fondamentale del gruppo riguarda anche il proprio sapere e le modalità gruppali che producono e gestiscono l'emergere di nuove conoscenze (Bion, 1961).

Applicato nei contesti istituzionali relativi ai casi clinici presentati, il SD facilitò l'introduzione di uno spazio insaturo di riflessione dove i membri dello staff stesso potessero esplorare le preoccupazioni correnti, ritrovare l'autorità del proprio ruolo e permettere a nuove soluzioni di emergere dal loro interno. In una consulenza dove si usa il SD, lo scopo è di mettere chi detiene un ruolo nella condizione di valutare lo stato dell'essere e lo stato del divenire del sistema di appartenenza e di utilizzare tali informazioni per promuovere il cambiamento. È ciò cui

si riferisce Lawrence quando, nel contesto di una consulenza, riflette sulla politica della rivelazione contrapposta alla politica della salvezza (Lawrence, 1998). Lawrence si augurava che, una volta terminata la consulenza, fosse l'organizzazione stessa a continuare le matrici di sogno sociale e a integrare il dialogo con i sogni come parte del flusso ininterrotto del proprio discorso interno.

In un'organizzazione la capacità di pensiero dei suoi *stakeholders*, sia come individui sia come membri del gruppo, è – ma spesso è purtroppo ignorato – una delle risorse fondamentali su cui fare affidamento. Offrire uno spazio riflessivo dove le menti possano ritrovare il fluire del proprio pensiero, nella mia esperienza è una delle prime necessità quando viene richiesta una consulenza.

### **Primo caso clinico**

Questo studio fa riferimento alla supervisione di un servizio di salute mentale territoriale all'interno di una grande istituzione sanitaria nazionale. L'équipe era composta da una trentina di persone, nella maggioranza donne tra i 25 e i 55 anni: infermieri, assistenti sociali, educatori, psichiatri, psicologi.

L'istituzione all'epoca operava come contenitore negativo: il livello di tossicità nelle interazioni tra gli operatori aveva raggiunto un culmine tale da ostacolare seriamente il lavoro con i pazienti. Suggerisco qui una prima ipotesi.

A un contenitore negativo (o danneggiato, difettoso, debole, incoerente ecc.) all'interno di un'istituzione si può supplire con un altro contenitore temporaneo fornito dalla supervisione agli operatori. In questo esempio particolare, poiché si era scelto di articolare la supervisione attraverso una combinazione di eventi gruppali derivati dalle GRC e più nello specifico dal *Social Dreaming*, ipotizzo anche che i sogni, in quanto forma raffinata di pensiero, possano agire da contenitori provvisori per l'istituzione e, di conseguenza, servire a recuperare la capacità di pensare.

A. Bain (2007), nel suo *The organization as a container for dreams (l'organizzazione come contenitore di sogni)*, si interroga se possa valere anche il concetto speculare – *i sogni come contenitori per l'organizzazione* – e l'ipotesi che si evince da questo lavoro di supervisione istituzionale sembra suffragare il suo suggerimento. Il pensiero potrebbe nascere dal contenitore o dai contenitori provvisori – in questo caso i sogni – che potranno in un secondo tempo trasformarsi in pensiero/contenitore dell'istituzione.

In un servizio di salute mentale distribuito su un ampio territorio regionale e colpito dai cambiamenti politici e amministrativi del siste-

ma sanitario, il direttore del dipartimento – l'ultimo di una serie che si erano susseguiti in un breve arco temporale – eredita un servizio in pieno marasma e chiede una supervisione per l'équipe. Apparentemente il problema era che tra il primario psichiatra e la caposalvo coordinatrice vigeva un quasi totale disaccordo e che, prevedibilmente, il resto del personale avesse scelto il litigio come modalità preferita di comunicazione.

Ci si accordò per un contratto iniziale di due anni e di lavorare ogni due mesi con tutto lo staff del servizio, inclusa la dirigenza, per un pomeriggio e il mattino seguente. Una condizione piuttosto buona, decisamente lungimirante, considerando che spesso il lavoro commissionato dalle aziende sanitarie è di limitare gli interventi a pochi e risicati incontri e di avere ben pochi parametri, non ultimi il fattore tempo e continuità, per valutare se un intervento produca i risultati richiesti. Gli incontri articolavano diverse forme di lavoro gruppale: sempre presente una matrice di *Social Dreaming*, un gruppo di riflessione sui sogni, piccoli gruppi, due casi di supervisione clinica, plenarie. Altri eventi – letture, analisi di ruolo, disegni ecc. – erano dettati dalle esigenze emergenti.

In questo caso alla supervisione era richiesto di migliorare il livello della comunicazione interna al servizio e di conseguenza migliorare il lavoro offerto ai pazienti. Il direttore non parlò dei cambiamenti che stavano avvenendo nella sanità in generale né della loro influenza sulla qualità delle cure offerte, che pure avevano un'ovvia ricaduta sul funzionamento del suo servizio.

Fin dagli incontri iniziali la realtà rivelata tanto dai sogni quanto dai colloqui di gruppo fu che il dipartimento era in un preoccupante stato di trauma, di estrema dipendenza e molto probabilmente non adeguato per rispondere all'esigenze dei suoi utenti.

Nel corso della prima matrice che diede inizio al lavoro, il primo sogno, spesso un frattale dei discorsi a seguire, comunicò questa situazione con una certa chiarezza:

– *È un sogno ricorrente: ho la sensazione di essere risucchiata dentro uno spazio scuro, nelle ombre verso sera. Ero dentro come se fossi risucchiata con un imbuto rovesciato.*

Non racconterò in dettaglio la sequenza dei sogni, ma è interessante ricordare che a quel primo fece seguito una sequenza di sogni simili, accomunati dalla sensazione di essere persi in acque minacciose, come se si fosse risucchiati dentro un utero minaccioso, affamato e allo stesso tempo fragile e sbrindellato. Una sequenza tematica parlava della profonda ansia di essere inadeguati.

– *Sogno che devo ripetere tutti i miei esami, la mia laurea non era più valida.*

Un'altra sequenza ancora rivelava l'ansia provocata dal contatto troppo stretto con i pazienti.

– *Tutti i membri della famiglia di un paziente sono nella stanza, sono così tanti che mi sovrastano e non c'è posto per me.*

C'era un'ansia profonda: il mondo malato dei pazienti risuonava pericolosamente con quello dello staff, non c'erano confini chiari che li tenessero a una distanza di sicurezza.

Sia i sogni che il materiale clinico potevano riferirsi allo stato della società più in generale, alla politica di restrizioni del sistema sanitario italiano, al dipartimento in difficoltà, alla relazione con il *management* (o con il supervisore), al mondo interno dello staff proiettato su quanto sopra.

In quel primo incontro le associazioni ai sogni condivisi si concentrarono in direzione delle difficoltà interne al dipartimento (il contenitore negativo/sbrindellato) e a un mondo interiore in grossa difficoltà in relazione al lavoro psichiatrico.

Nel corso degli incontri seguenti il lavoro, ma soprattutto il-lavoro-del-sogno – sempre un passo avanti rispetto alla consapevolezza di quanto stesse succedendo –, rivelò una rete esistente di connessioni mentali, punto di partenza per offrire una prima forma di contenimento alla stratificata complessità del dipartimento.

La supervisione fu usata per facilitare la capacità di operare con autorità nel proprio ruolo, anche se il contenitore istituzionale più allargato era ancora profondamente sbrindellato. Utilizzando lo spazio riflessivo della supervisione lo staff fu in grado di dar voce a quello che effettivamente stava succedendo, sviluppare la propria capacità di pensare e di costruire quel contenitore, che in un secondo tempo verrà proiettato nell'istituzione per diventare il contenitore istituzionale. La maggioranza degli operatori diede segno di funzionare meglio. Durante la supervisione furono offerti molti più sogni e associazioni che rivelarono la natura delle ansie presenti e la tossicità dell'ambiente di lavoro; questo, a sostegno dell'ipotesi che il dipartimento fu in grado di uscire dal trauma del non contenimento ed elaborare il proprio disagio in supervisione, soprattutto attraverso i sogni condivisi.

– ... c'è una bellissima bambina, non avrà un anno, la prendo in braccio sulle mie ginocchia e lei mi fa pipì addosso. Più avanti nello stesso sogno degli uomini mettono sostanze tossiche nell'acqua, è un ambiente minaccioso...

L'acqua è ancora fonte di minaccia, ma trasformazioni sono possibili.

– ... nel fiume c'era un furgoncino con pazienti trasportato via dalla corrente. Non c'è nessuno che porti aiuto. Io chiamo il 118 così possono salvare le persone dalle acque...

– ... c'è una cascata enorme, minacciosa; nelle acque ci sono pacchetti di pasta, spuntini e molto cibo diverso...

Emergono sogni di contenimento e di luoghi dove poter portare i propri bisogni.

– Devo andare al bagno per un 'bisogno grande'; la toeletta non è normale, riesco comunque a fare quello di cui ho bisogno. Nella stanza c'è un camino acceso e caldo...

Il dipartimento inizialmente sembrava oscillare tra un paralizzante assunto di base di dipendenza (Ba D) e l'assunto di individualismo (Ba Meness)<sup>1</sup>, dove ciascuno si comporta come se non ci fosse alcun gruppo, né struttura di riferimento. Ciascuno è un 'singleton', ovvero un singolo all'interno di un gruppo, dove lo è perché non ha ancora potuto raggiungere la posizione di 'membro' del gruppo (Turquet, 1975).

Nel corso del primo anno queste posizioni furono sognate e progressivamente elaborate. Uno dei primi risultati tangibili fu che conflitti e discussioni insensate furono meno presenti; il direttore e la coordinatrice, pur mantenendo le proprie diverse posizioni, sperimentarono il linguaggio della collaborazione, alcuni operatori incominciarono a riflettere sulla natura del proprio lavoro, sull'incontro con la psicosi, e sulla tolleranza di quanto ancora non si conosce; apparvero 'pensieri nuovi'.

Con lo spazio mentale conquistato, fu possibile contemplare una visione sistematica e allargata dell'istituzione. Il materiale clinico rivelava che l'istituzione-nella-mente (Armstrong, 2005) stava prendendo posto e rimpiazzando l'esperienza di essere sospesi in una bolla traumatica. Il contesto istituzionale più allargato di cui l'équipe faceva parte divenne parte dei discorsi e dei sogni offerti nella matrice.

Come se i germi di una primavera del pensiero avessero fatto la loro apparizione, i sogni presentarono il tema del 'nuovo' che deve sopravvivere agli attacchi del 'vecchio / morto', dove il nuovo era lo stato più vitale dell'équipe e il vecchio l'istituzione che non avrebbe tollerato il cambiamento e che divenne l'oggetto contenitore delle proiezioni contro un'entità repressiva e colpevole.

Era difficile – e forse troppo impegnativo – avere la consapevolezza che la rigidità della morte era potenzialmente connessa tanto all'istituzione esterna quanto a un rigido assetto interno di difese, espresso dalle paure individuali di essere più liberi e di conseguenza responsabili delle proprie scelte e azioni, posizione che rappresenterebbe una vera uscita dall'assunto di base di dipendenza.

---

1. L'assunto di base Meness avviene quando delle persone – in un tempo e in uno spazio con un compito primario, che è quello di incontrarsi e operare in gruppo – lavorano facilmente come se il gruppo dovesse essere un non-gruppo (Lawrence, Bain, Gould, 1966).

Il contenuto dei sogni si mosse dal campo dei conflitti interni tra i membri dello staff a quello di un'istituzione minacciosa, pronta a schiacciare ogni tentativo di innovazione.

– *Ero in un tribunale, la maggior parte dell'équipe era presente: un uomo era stato condannato a morte dai suoi colleghi perché: "Non pensa come noi!...".*

– *Mio nonno e mia figlia erano morti. Cerco di vestirli e di tenere calda mia figlia, ma tutti e due sono così rigidi che non c'è nulla da fare...*

– *Per entrare in ospedale devo passare attraverso un tunnel e un certo tipo di porta molto, molto piccola... per uscirne devo passare attraverso una porta ancora più piccola...*

Si era di fronte a un paradosso: l'istituzione 'poco curante' contro cui scagliarsi esisteva, soprattutto nella forma delle politiche dei tagli di spesa – dai più giudicati indiscriminati e vero ostacolo allo svolgimento adeguato del lavoro –, eppure esisteva anche la necessità di essere consapevoli del livello della propria responsabilità in quella data situazione, essenziale per il raggiungimento di una maturità psichica, tanto individuale quanto sociale. Possiamo qui formulare una seconda ipotesi: il 'pensiero' ha bisogno di essere molto ben integrato, tanto nel tessuto individuale quanto in quello dell'istituzione che lo contiene, per aver diritto di esistenza, e senza per questo scatenare ansie di distruzione. Bion (1970) afferma: "L'istituzionalizzazione di parole, delle religioni, della psicoanalisi, sono tutte espressioni particolari della memoria istituzionalizzante intesa a 'contenere' la rivelazione mistica e la sua forza creativa e distruttiva. La funzione del gruppo è quella di produrre un genio; la funzione dell'istituzione è di raccoglierne e assorbirne le conseguenze così che il gruppo non ne venga distrutto".

Dove il 'genio' può essere rappresentato dalla capacità di pensare e di intrattenere nuovi pensieri, e l'"istituzione" dalla funzione modulante che regola la quantità di 'pensiero' che può circolare con sicurezza al suo interno, senza che questo metta in pericolo l'esistenza stessa dell'istituzione. Quando si sviluppa la capacità di 'pensiero', con le sue conseguenti istanze di libertà, l'istituzione (sia quella nella-mente che quella reale) sarà in grado di tollerare e di integrare il nuovo assetto o lo dovrà schiacciare sul nascere?

I sogni di quel periodo accennano alla possibilità di cambiamento e di essere più liberi.

– *Il mio gatto è morto: spero che mi daranno uno dei gattini che sono appena nati...*

– *... vado in ospedale che però non è più come era prima. Stanno ristrutturando tutto, ma non so ancora se mi piace...*

– *La mia auto non ha porte, né baule, ma funziona bene comunque, la struttura interna è solida...*

— Incontro un uomo e ci piacciono. Lui mi dice “sono sposato!”, “anche io!” rispondo io, allora possiamo rilassarci e stare insieme. Mi vedo bella e rilassata. Non abbiamo bisogno di pensare a una relazione stabile e possiamo goderci il momento...

A distanza di due anni dall'inizio della supervisione, il dipartimento aveva ripreso a funzionare e ad erogare un servizio adeguato agli utenti. Gli operatori, nella maggioranza dei casi, avevano ristabilito il senso della propria competenza professionale.

A questo punto e sulla base di quanto osservato si può offrire una terza ipotesi : l'autorità di una *followership* ‘pensante’ può gestire se stessa in ruolo, anche quando la funzione contenitrice dell'istituzione e della leadership che la rappresenta sia – temporaneamente – vacante.

Si può dire, inoltre, come conclusione, che il servizio, inizialmente in seria difficoltà ebbe il vantaggio di poter investire in modo mirato e continuativo nella supervisione istituzionale richiesta. Ciò permise che il linguaggio della riflessione e del dialogo permeasse l'équipe, a partire da ciascuna delle strutture territoriali che lo componevano fino a un lavoro più specifico sui diversi ruoli professionali. In modo quasi fisiologico il lavoro della supervisione contribuì a integrare nella cultura del servizio una modalità di collaborazione professionale che permise di affrontare crisi ricorrenti e inaspettate presentate da pazienti gravi, da operatori colpiti da malattia, da grave carenza di personale, nonché di gestire i cambiamenti della politica sanitaria con relativi tagli drastici di spesa e amministrazioni poco comprensive. Molti operatori dell'équipe, in particolare gli infermieri, ebbero la possibilità di investire in formazione per una riqualifica professionale; in generale questo ebbe una ricaduta più che positiva sul servizio erogato.

## Secondo caso clinico

Fui contattata dalla direttrice di una struttura per una consulenza al suo CSM, con una richiesta esplicita di utilizzare il *Social Dreaming*. Forse più che una consulenza, un tentativo di incontro, quasi una prova, ‘una scommessa’ fu definita più tardi. C'erano pochi fondi, impossibile pensare oltre a quell'unico incontro iniziale. Di solito dico di no, perché un solo incontro ha troppe probabilità di non portare a nulla – se non a una delle tante esperienze che alla fine lasciano il tempo che trovano e si rivelano uno spreco delle risorse pubbliche. Oppure si incorre nel rischio di innescare un processo di apertura che dovrà necessariamente essere interrotto per mancanza di continuità dell'intervento – e a quel punto si potrà dare la colpa alla metodologia usata, al professionista che la propone, ma raramente a una condizione istituzionale che im-

pedisce di fatto lo sviluppo di una risposta adeguata ai problemi da risolvere.

Sapevo comunque in questo caso che gli infermieri del servizio stavano già lavorando con una ottima psicologa dell'ospedale e mi sembrava che quello fosse l'intervento più mirato.

All'interno di una struttura di due piani dove ci si sente 'sospesi, isolati e dislocati', la richiesta specifica era di facilitare un processo di integrazione tra il 'piano terreno' adibito ad accettazione e abitato dagli infermieri e dall'amministrazione e il 'primo piano' abitato da medici, assistenti sociali, psicologi e specializzandi. I due piani non comunicavano. Era necessario sbloccare la comunicazione in vista di un cambiamento di *focus* terapeutico che la responsabile stava per introdurre e che richiedeva di lavorare in piccole équipe multidisciplinari. Per questo bisognava aprire 'una porta tra un piano e l'altro' e trasformare l'assetto strutturale di settorializzazioni rigide.

C'era qualcosa in quella richiesta – e nella specifica richiesta di utilizzare il *Social Dreaming* – che mi fece pensare alla necessità dei gruppi di avere un proprio sogno (notturno come diurno) per mobilitare la proprie risorse coesive per elaborare cambiamenti 'catastrofici' (Grostein, 2003). Decisi di accettare la scommessa e di andare. Nelle due mezze giornate a disposizione programmai due matrici di SD – comunque una metodologia efficace ed elegante per accedere velocemente all'inconscio di un sistema –, un gruppo di riflessione sui sogni, piccoli gruppi e supervisione di casi clinici. Trovai un gruppo di una ventina di persone ad attendermi nella stanza delle riunioni allargate, giustamente perplesse e inquisitive, ancor più quando si resero conto che i sogni 'quelli veri, della notte' sarebbero stati parte del primo lavoro da fare. Dopo iniziali e comprensive resistenze i sogni incominciarono a fluire come la comunicazione che la supervisione avrebbe dovuto stimolare. Simile alla prima vignetta clinica presentata, anche qui un filo conduttore del lavoro fu segnato da temi relativi all'acqua, come se attraverso l'acqua venisse comunicato lo stato del sistema in relazione alla sua fluidità.

Il primo sogno dei diciassette raccontati:

– *Venivo al lavoro e si rompeva un piccolo argine da cui usciva tanta acqua, mi dicevo che dovrei farcela a raggiungere il CSM e difatti riuscivo ad arrivare...*

I sogni parlavano di passaggi 'da un piano all'altro', solo una volta con semplice ascensore, altrimenti volando, arrampicandosi, precipitando.

– *Sognavo di volare, riuscivo ad arrivare al secondo, terzo, quarto piano..., ... abito al terzo piano e scendeva dalle terrazze saltando da una all'altra con soddisfazione...*

o addirittura con una scala che molto ricorda la *ubris* di chi vuole arrivare vicino alla divinità – Icaro, Babele:

– ... c'è una scala che arriva fino al cielo. Un ragazzo vuole salire, ma non è ancora ora...

E ancora la necessità di imparare nuovi linguaggi:

– ... riconoscere dalla lingua che parlavano se erano angeli o demoni. È una lingua antica, tipo aramaico, a volte comprensibile a volte no, ineluttabile....

Sogni parlavano di fare respirare chi sta soffocando come percependo l'asfissia delle strutture troppo chiuse:

– ... battere sul torace della gente che stava morendo soffocata...

di affrontare paure antiche come quelle dei serpenti:

– ... da una crepa nel muro esce un'altra biscia; devo proprio superare la paura...

e di trovarsi in un vicolo cieco:

– ... devo tornare indietro e non vedo né il Suv, né la luce per tornare indietro...

E ancora l'acqua rivelò che nel CSM esisteva anche un piano sotterraneo – molto importante per l'identità storica del servizio – e che ci fosse consapevolezza delle invisibili tossicità che passano attraverso le porte e dai sotterranei:

– ... dalle porte [del piano di sotto] esce acqua chiara e trasparente. Da una porta esce un signore che è un paziente, ma dice di essere il bidello. Gli chiedo perché esce acqua, ma lui dice che non è solo acqua, ma anche gas...

Come se il servizio elaborasse già paure e desideri indissolubilmente intrecciati nel creare la porta tra i due piani e la comunicazione tra le diverse figure professionali e tra queste e i pazienti. L'ultimo sogno che chiuse l'incontro portò ancora una volta all'acqua annunciando con questa che il passaggio era aperto:

– ... mi siedo su un raggio di sole e scivolo nell'acqua, che è calma tiepida, trasparente...

L'ipotesi di lavoro inviata dopo quel primo incontro fu che l'équipe fosse pronta per il lavoro innovativo proposto, con il suggerimento di mantenere spazi di riflessione per elaborare le inevitabili tossicità sotterranee, e non troppo sotterranee, già presenti e quelle future che il cambiamento avrebbe portato.

Contro ogni prevedibile aspettativa un anno dopo fu possibile tornare per un secondo incontro. Era percepibile un'atmosfera più distesa; l'opportunità di una giornata di supervisione fu accolta come benvenuta, avendo riscontrato che dall'anno prima erano avvenuti i cambiamenti nel lavoro terapeutico del CSM e che la comunicazione era diventata più rilassata ed efficace. La collaborazione era percepibile nel lavoro condiviso. C'era desiderio di vedere cosa i sogni avrebbero raccontato. Essi rivelarono che i confini tra la sfera personale e quella lavorativa si erano

molto rilassati fino ad arrivare alla condivisione '*del latte materno*', ma anche al pericolo di non avere più difese protettive e di scoprire le proprie soglie di vulnerabilità. Nelle acque, presenti nei sogni anche in questo secondo incontro, c'erano squali che minacciavano le superfici tranquille dove si nuotava esplorando nuovi orizzonti. Nei gruppi di riflessione sui temi emergenti l'équipe si trovò concorde nell'individuare i segni di un passaggio evolutivo come dall'infanzia alla maturità, da una dimensione individuale a una collettiva. Ma il passaggio venne anche visto come precursore di cambi generazionali e tutto quello che solitamente essi comportano e viene temuto: incertezza, speranza, competizione, e la morte simbolica, o non, del 'vecchio' che lascia il posto al 'giovane/nuovo' quando il passaggio segua fisiologiche linee evolutive, altrimenti se non le segue il 'giovane/nuovo' viene eliminato da un organismo vecchio e potenzialmente cancerogeno. Furono percepiti i segnali di una probabile 'catastrofe'. In seguito la direttrice mi informò che, così come era stata presagita, arrivò nella forma di traumatiche separazioni con pesanti ricadute sul funzionamento del servizio.

Interessante notare come la consapevolezza di fasi evolutive, 'vecchio che deve cedere il posto al nuovo', necessaria per ogni cambiamento, accomuni questo servizio al primo osservato, ma qui, a differenza della prima supervisione presentata in questo articolo, non fu possibile elaborare internamente una posizione 'responsabile' e contenitiva del passaggio, né fu possibile facilitare il processo di integrazione tra il vecchio e il nuovo e il cambiamento prese la forma di malattie, trasferimenti, prepensionamenti. Sarebbe sicuramente stato il momento di poter usufruire della supervisione e dello spazio riflessivo da questa offerta per esplicitare quanto stesse succedendo, per pensarci a livello di sistema allargato e per trovare modi meno dolorosi e più funzionali per affrontare la crisi, ma questo non poté avvenire per l'impossibilità di reperire i fondi necessari.

Questo CSM partiva da una situazione molto più favorevole di quella del primo servizio considerato; il lavoro di miglioramento della coesione dell'équipe era già avviato, c'era già un lavoro formativo in corso; il servizio si trovava comunque in un contesto geografico, istituzionale e professionale più avvantaggiato. Purtroppo le risorse da dedicare per facilitare un cambiamento evolutivo e per il 'benessere mentale' dell'équipe che lo doveva implementare erano veramente troppo risicate.

L'intervento operato mi ricordò di come a volte si sa di poter vedere un paziente solo per pochi colloqui e la necessità di trovare risposte è così forte che il poco offerto diventa qualitativamente essenziale e utilizzato al meglio da paziente e terapeuta. Così con il realismo inconscio che porta a utilizzare fino in fondo le risorse presenti, anche due incon-

tri a distanza di un anno l'uno dall'altro ebbero un impatto sul funzionamento del sistema e fecero emergere spunti di elaborazione utili per affrontare i cambiamenti. Si può ipotizzare che, parafrasando Bion, il servizio '*made the best of a bad job*' (*fare del proprio meglio con il poco che c'è*) focalizzandosi sulla qualità di fruizione di quanto fosse a disposizione più che sulla quantità.

## Conclusioni

Di solito i programmi di supervisione e di consulenze istituzionali che utilizzano una metodologia GRC si concludono con una plenaria dove tutto il gruppo e i consulenti hanno il compito di mettere un punto fermo sul lavoro e di arrivare a possibili conclusioni. Quando si utilizza il *Social Dreaming* e quando questo sia opportuno per la specifica équipe, il programma si conclude con una matrice di sogno sociale che per sua natura non mette punti fermi, ma porta apertura su spazi insaturi, come un raggio di luce sull'emergenza di un futuro in divenire. L'intervento nel secondo servizio ha avuto un percorso da '*social dreaming*', ovvero ha aperto un campo di ricerca, tanto inaspettato quanto stimolante. Lo riporto qui nelle conclusioni di questo lavoro perché rappresenta uno sviluppo interessante e soprattutto necessario che potrebbe contribuire a una distribuzione di risorse più equa.

Stimolati dalla 'carenza' e dalla mancata opportunità di usufruire di incontri di supervisione più numerosi e ravvicinati nel tempo – che probabilmente avrebbero reso il cambiamento in corso meno traumatico –, alcuni operatori incominciarono a interrogarsi sui parametri di valutazione degli interventi formativi e di supervisione nella sanità pubblica, necessari per poter avere una voce attendibile nella richiesta di fondi per attività formative e di supporto all'équipe. Mi sembra che questo si possa definire un segno sicuro di 'apprendimento dall'esperienza'. Fu osservato come ci si trovi troppo spesso di fronte a un paradosso istituzionale: ci sono pochissime e preziose risorse e vengono erogate con il contagocce, ma nella realtà non sembra esserci, né essere richiesta – il che è ancora più bizzarro – alcuna forma di valutazione dei risultati ottenuti che indirizzi la gestione di come e dove erogare le risorse. Come se si entrasse nel campo di un'ineffabile soggettività, dove le forme di intervento sono vaghe, o di moda, o magiche, e una volta decise il numero esatto di ore di attività in un servizio e il loro costo, il compito istituzionale sia finito. Ci sono le valutazioni ECM, ma tutti sappiamo come siano uno strumento che di valutazione ne fa ben poca.

Formulo due ipotesi. La prima è che un lavoro di supervisione dovrebbe avere un minimo di continuità nel tempo per permettere a una

cultura organizzativa di cambiare, quando questo si renda necessario; necessario è anche il tempo per elaborare i passaggi quasi obbligati che un cambiamento richiede e poterli integrare nella cultura stessa del servizio.

La seconda è che la supervisione non sia completa se insieme al lavoro diretto ed esperienziale con l'équipe non venga dato un periodico report sullo stato dell'essere del sistema e che questo lavoro debba essere preventivato nei costi stabiliti dall'amministrazione. Il report è un necessario complemento che offre all'équipe ipotesi di lavoro su cui riflettere e lavorare successivamente. Può essere visto come una griglia di interpretazione dell'intervento, per navigare nelle difficili acque della valutazione sullo stato d'essere del sistema, confrontarlo con lo stato passato e verificare quello futuro. Solo a quel punto si può stabilire se un intervento di consulenza esterna abbia prodotto risultati e soprattutto se siano quelli auspicati nel momento in cui si è contrattata la forma di aiuto.

## Bibliografia

- D. Armstrong (2005), *Organization in the mind*. Karnac, London.
- Baglioni L., Fubini F. (2013), *Social Dreaming*. In: S. Long (ed.), *Socioanalytic methods*. Karnac, London.
- Bain A. (2007), *The organization as a container for dreams*. In: W. G Lawrence (ed.), *Infinite possibilities of social dreaming*. Karnac, London.
- Bion W. R. (1946), The leadersless group project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 10: 77-81.
- Bion W. R. (1961), *Experiences in groups and other papers*. Tavistock, London.
- Bion W. R. (1970), *A scientific approach to insight in psychoanalysis and groups*. In: *Attention and interpretation*. Tavistock, London.
- Foresti G., Fubini F., Perini M. (2011), Supervisione e consulenza psicoanalitiche: promuovere il contenimento e il sostegno nelle istituzioni. *Funzione Gamma* 27 (<http://www.funzionegamma.it>).
- Foulkes S. H. (1964), *Therapeutic group analysis*. Allen & Unwin, London.
- Freud S. (1921/1984), *Group psychology and the analysis of the Ego*. Penguin Books, London.
- Grostein J. (2003), *Introduction: Early Bion*. In: R. Lipgar, M. Pines (eds.), *Building on Bion: Roots*. Kingsley, London-New York.
- Lawrence W. G. (1998), *Social Dreaming@work*. Karnac, London.
- Lawrence W. G (2008), *Introduzione al Social Dreaming*. Borla, Roma.

- Lawrence W. G., Bain A., Gould L. J. (1966), The fifth basic assumption. *Free Associations* 6, 37.
- Long S. (ed.) ( 2013), *Socioanalytic methods*. Karnac, London.
- Main T. (1946 ), The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic* 10.
- Main T. (1989), *The ailment and other psychoanalytic essays*. Free Association Books, London.
- Turquet P. (1975), *Threats to identity in the large group*. In: L. Kreeger (ed.), *The large group*. Constable & Company Ltd., London.

Franca Fubini  
franca.fubini@gmail.com