CPdR - Resoconto Assistenza coronavirus (Riunioni fino al 20/04)

Le riflessioni che seguono sono il risultato del confronto avvenuto nel gruppo nei quattro incontri avuti finora tra noi.

Da un primo sguardo sembra che le richieste implichino problematiche di vario livello. Potremmo riassumerle così:

- Alcuni, la maggioranza, sembrano effettivamente necessitare di un contenimento legato alla situazione attuale che genera inevitabilmente ansie legate al timore delle malattie, del futuro o anche legate alla costrizione del dover stare a casa, all'alterazione dei consueti rapporti di prossimità e distanza dall'altro, all'isolamento forzato; i sentimenti che più frequentemente abbiamo riscontrato sono quelli di rabbia, impotenza, costrizione, ansia da contagio per sé e per i familiari … Un'ipotesi plausibile, in questi casi, è che, quando per esempio i membri di una coppia o una famiglia si sono dovuti distanziare per effetto del virus, ciò che viene a mancare è quella funzione dell'altro come luogo di proiezione con il conseguente ritorno dei contenuti su di sé, a quel punto diventati ingestibili in proprio. Allo stesso modo, la distanza relazionale può rendere difficile anche il generico scarico delle tensioni che la vita in comune rende invece praticabile. Contemporaneamente, anche la convivenza forzata senza le consuete vie di fuga rappresentate dal lavoro o dalle relazioni con gli altri genera vissuti claustrofobici che non trovano modo di risolversi.
- In altri casi sembra emergere invece un nucleo psicopatologico preesistente che questa situazione ha in qualche modo attivato o riattivato. Alcuni potrebbero aver trovato nel tempo un loro equilibrio che in questo momento rischia di non reggere più come invece faceva nel quotidiano consueto. Inoltre, l'altra ipotesi emersa, collegata alla precedente, è che il "rumore" della vita prima del coronavirus avesse, per alcuni almeno, la funzione di coprire eventuali problematiche soggiacenti e l'attuale "silenzio" determinato dalla mancanza delle consuete attività – oltre al silenzio effettivo, così inusuale, delle città e dei luoghi di residenza - lasci spazio all'emergere dei rumori interni.

- Da non trascurare anche la presenza di richieste legate al fatto che i curanti precedenti, a vario titolo e spesso per l'emergenza in corso, non hanno potuto proseguire il rapporto con loro (psicoterapie, cure farmacologiche, ecc.).

Con una formula riassuntiva, e molto sintetica, potremmo dire che, fermo restando che si tratta sempre di utenti di un servizio, a volte chiamano delle *persone* altre volte dei *pazienti*. Ovviamente è solo un'immagine che potrebbe forse aiutarci a distinguere chi chiama per l'emergenza e dopo probabilmente rientrerà nella sua quotidianità da chi coglie l'opportunità per presentare le sue questioni interne e magari accostarsi a un percorso se e quando vorrà.

Una questione di metodo che ci ha interrogati all'inizio è stata quella di quanto dovese durare l'assistenza all'utente; avvertiti dell'esigenza di contenere il nostro intervento entro i limiti che ci eravamo posti per tutti noi e consapevoli del fatto che probabilmente l'assistenza non si sarebbe necessariamente fermata alla prima telefonata, queste riflessioni hanno comunque permesso, aldilà dell'indicazione specifica di setting, di porci la questione della natura del nostro intervento; le domande iniziali hanno così ruotato intorno al problema della definizione di un setting che identificasse operativamente la nostra azione. Quindi, ci siamo chiesti di cosa si trattasse:

- una semplice assistenza?
- una sorta di psicoterapia breve?
- un accompagnamento verso un possibile percorso futuro?
- un contenimento delle inevitabili angosce che la situazione attuale genera?
- una consultazione prolungata?
- un sostegno all'Io così provato in questa fase?

Ci si è anche posti il problema di cosa fare nel momento in cui ci siamo resi conto, noi e le persone che chiamano, che il periodo di emergenza si sarebbe allungato, come in effetti è avvenuto; una possibilità proposta è stata, ove possibile, quella di diluire nel tempo i colloqui per coprire un arco temporale più ampio. Un punto però rimane aperto: se non è sufficiente e l'utente chiede ulteriore supporto, pur consapevoli dei limiti temporali e operativi del nostro intervento, che fare? Ci siamo trovati anche in una situazione particolare quando una collega si è resa conto che un utente stava contattando più Centri; dopo aver consigliato all'utente di richiamare e affidarsi al

collega di cui aveva fatto cenno (del Centro di Palermo, nella fattispecie), confrontandoci abbiamo deciso di sentire il collega stesso venendo così a conoscenza del fatto che, in realtà e contrariamente a quanto sosteneva, aveva già fatto 4/5 colloqui con lui. La situazione sembra comunque essersi risolta nei fatti, il paziente non ha più richiamato. Questa situazione, che sicuramente testimonia del fatto che l'utente voleva in qualche modo "approfittare" della situazione, dice anche qualcosa sulla forza del bisogno che in alcuni casi può manifestarsi.

Nella sostanza, ci siamo resi conto di non incontrare particolari difficoltà a comunicare e a far rispettare i limiti alle persone che chiamavano, semmai il problema è sorto nel momento in cui la domanda si è rivelata andare nella direzione di un desiderio di approfondimento delle tematiche emerse; in questi casi abbiamo comunque rimandato a una maturazione di tale desiderio in tempi più "normali" (proprio per non rispondere sull'urgenza del momento così particolare), affidata alla persona stessa, con la possibilità lasciata aperta di un eventuale nuovo contatto per un invio possibile a un Servizio clinico SPI. Se così è, si possono considerare, in questo caso, i colloqui telefonici come una consultazione? Se sì, si rimanda al SdC che però dovrebbe, a quel punto, inviare direttamente a un collega che prende in carico il paziente e inizia con lui un percorso, attingendo alla lista di ogni Centro tra coloro che hanno fatto richiesta di ricevere pazienti? In questo caso potrebbe essere utile dare come riferimento il telefono del Responsabile che poi invia direttamente; nel caso di pazienti di altra sede, invece, il riferimento sarebbe quello del SdC del Centro più vicino. L'esigenza potrebbe essere quella di trovare una modalità omogenea tra tutti i Centri per gestire la situazione.

In una buona parte dei casi, comunque, l'intervento sembra essere stato sufficiente, sia per contenete e rimettere in piedi un equilibrio perduto attraverso un sostegno sia per la possibilità offerta di trovare accoglienza a delle rabbie altrimenti esplosive; un medico anestesista impegnato direttamente con i pazienti affetti da coronavirus, per esempio, ha mostrato a un collega tutta la sua rabbia per la situazione sovrapponendo poi questioni personali di carriera e di frustrazione professionale; sono d'accordo per risentirsi e continuare a parlarne. Rabbie simili portate da medici, psichiatri e psicologi del Nord ci sono state riferite anche da un altro collega interno al gruppo relativamente alla gestione della situazione da parte delle istituzioni e a un possibile senso di isolamento e impotenza.

A partire da tutte queste considerazioni si è posto il problema di come viene presentato questo servizio all'utente che chiama; forse occorre immaginare una sorta di formulazione iniziale, come fosse una definizione del setting specifico, formulazione che probabilmente appartiene più al setting interno dell'analista che alle parole effettivamente dette a chi fa richiesta; in ogni caso ci siamo chiesti se non sia opportuno avere in mente una formula chiara da comunicare anche all'utente che riguardi il tipo specifico di servizio, la sua durata, il suo carattere circoscritto.

Ci siamo anche interrogati sul fatto che la nostra formazione e le nostre competenze potrebbero rendere difficile il non mettersi in una modalità di ascolto e risignificazione che implica facilmente un entrare in relazione con l'utente: come gestire tutto ciò? In parallelo, è emersa anche la domanda se dovessimo considerare casuale il fatto che gli utenti scegliessero proprio degli psicoanalisti per ricevere assistenza e se questo non indicasse un loro orientamento a monte e anche, almeno in alcuni casi, una maggiore propensione a trovare un tipo di ascolto molto specifico.

Abbiamo provato poi a definire il tipo di trauma che caratterizza questo evento: forse non si tratta di un trauma "puntuale" come in genere abbiamo modo di osservare, piuttosto è una condizione traumatica diffusa, estesa, dilatata nel tempo, sospesa (forse, in questo senso, simile alla condizione di guerra). Ciò che appare chiaro è che non si tratta di un intervento *sull*'emergenza ma *nell*'emergenza.

Un'altra situazione, dall'esito fin qui favorevole, è stata quella di una coppia seguita da due colleghi, più o meno in parallelo: una signora, poco dopo l'inizio dell'assistenza, ha invitato il marito a rivolgersi anch'egli a noi. Ne abbiamo parlato e si è convenuto che la richiesta andava comunque accettata e portata avanti; si tratta di una famiglia con una discreta psicopatologia in quasi tutti i membri e i colloqui sembrano aver ristabilito per entrambi, e nella coppia, quel minimo di equilibrio che dovrebbe consentire loro di riuscire ad affrontare questo periodo.

Ci siamo anche interrogati su tutte quelle situazioni in cui è stato ed è difficile elaborare le perdite e i lutti che avvengono all'interno delle famiglie e delle coppie, lutti che la situazione attuale potrebbe non consentire di affrontare per motivi di distanza o,

comunque, di possibile contagio (per esempio, se muore un familiare la prima preoccupazione può essere quella di dover pensare al rischio di essere stati contagiati: dal dolore per l'altro alla preoccupazione per sé, senza soluzione di continuità). Inoltre, possiamo pensare che questi lutti dovranno prima o poi essere affrontati, quindi si può ipotizzare che ci siano dei fenomeni di depressione o di dolore intenso che, attualmente, potrebbero essere congelati o in latenza; esiste quindi, forse, anche un dopo emergenza connesso a tutto ciò; forse non ci riguarda direttamente, ma forse può essere valutato in funzione dei tempi del nostro intervento.

Nell'ultimo incontro, poi, alcuni hanno sollevato il problema della durata di questa nostra attività: finché c'è l'emergenza? Oppure, come altri hanno sottolineato, si renderà necessario che siano le istituzioni statali a farsene carico anche investendo, se necessario, su quelle società come la nostra che fin qui hanno operato su base volontaria? Restano questioni aperte che però, a un certo punto, potrebbero porsi e diventare stringenti.

Per concludere, una nota positiva e confortante: una collega aveva avuto un primo contatto con una signora con una sintomatologia piuttosto avanzata da coronavirus; il colloquio telefonico era stato molto difficile perché erano già presenti i sintomi respiratori e la collega aveva provato a diluire il contatto, molto difficile, in piccole frazioni di pochi minuti. Quasi subito la signora è stata trasferita in terapia intensiva. Alcuni giorni fa ha chiamato per avvisare che stava molto meglio e per ringraziare la collega, dicendo anche di non voler continuare con l'assistenza perché ora stava bene (soprattutto, non voleva tornare con il ricordo a quei momenti e il sollievo di esserne uscita deve essere stato veramente grande); ci è sembrato molto significativo, e confortante per noi, il gesto di telefonare comunque per dare notizie di sé.