

# **RESPIRARE ALL'INFERNO: ESPERIENZA CLINICA IN UN REPARTO DI S.P.D.C.**

**Dott.ssa Cecilia Perrone,  
Specializzanda 3° anno Il Ruolo Terapeutico, Milano**

## **Introduzione**

Mi hanno sempre incuriosito ed attratto i contesti in cui la mente è tendenzialmente stimolata a porsi infinite domande, anziché essere orientata all'ostinata individuazione di risposte.

E' stato così quando, contrariamente ad ogni aspettativa, ho scelto "il Ruolo Terapeutico", che sin dal colloquio di selezione mi ha interrogato su cosa cercassi e volessi da una scuola di formazione in psicoterapia. Mi ha obbligato, per così dire, a "mettere le mani in pasta" non solo lavorativamente parlando, ma anche nell'intraprendere un certosino percorso di conoscenza di me.

E' stato così anche quando ho deciso di battermi per svolgere il primo anno di tirocinio in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Sottolineo volutamente l'aspetto di lotta e conquista perché sin da subito mi è stato chiesto, dal Direttore del Servizio, quale avrebbe potuto essere il senso della mia presenza in un reparto psichiatrico per pazienti acuti ricoverati in fase di scompenso e che spesso necessitano primariamente di un riassetto farmacologico.

Ho voluto fortemente questo posto assecondando un istinto che quotidianamente mi rimandava l'importanza di poter tenere vivi nuovi interrogativi, che fossero scomodi per me e che volutamente smuovessero, attraverso il vissuto dei pazienti, miei limiti personali e professionali.

Raccontare un reparto di Psichiatria a chi non ne conosce la consistenza delle mura è ardua impresa. L'incontro col paziente avviene in una maniera irripetibile e non replicabile, né in contesti ambulatoriali né nel proprio studio privato.

Il primo elemento variabile è il setting: capita di realizzare l'incontro con l'Altro seduti per terra durante una crisi, passeggiando in mezzo al corridoio per smaltire l'ansia attraverso il movimento o nella stanza fumatori senza alcuna possibilità di respirare, se non tirando svariati colpi di tosse.

Ovunque ci si ritrovi, si impone prepotentemente un chiaro filo conduttore: le persone stanno male. Molti casi che potremmo definire prevalentemente "sociali", arrivano in pronto soccorso richiedendo un ricovero per avere la possibilità di non combattere per qualche giorno coi demoni della propria solitudine. In SPDC, però, il tempo non passa così rapidamente per tutti:



chi arriva in regime di TSO assume spesso un atteggiamento oppositivo e riluttante all'idea di essere aiutato, richiede insistentemente le dimissioni e sfodera una rabbia tagliente e angosciante.

Il tirocinio post lauream in Oncologia di qualche anno fa mi aveva permesso di entrare strettamente in contatto con la paura di morire espressa dai pazienti, spesso anche attraverso un corpo parlante ed urlante al posto della voce. L'esperienza in SPDC è per certi versi ancor più disperata: spesso si respira non tanto il timore quanto il desiderio di morire, manifestato attraverso sintomi diversi, perché considerato unica vera via d'uscita e di liberazione dall'angoscia e dalla sofferenza che affligge ogni vita. Vite spezzate, dunque, che si incontrano a volte nella speranza di sentirsi un po' meno frammentate, altre volte nel disperato tentativo di essere salvate, ma altrettante per sentirsi "semplicemente" legittimate a soffrire di fronte a qualcuno capace non di fornire soluzioni ma di validarne i vissuti più traumatici.

Dare voce ad ognuna di queste anime sembrerebbe aspetto secondario rispetto ai principali obiettivi istituzionali del ricovero: contenimento attraverso assestamento della terapia farmacologica, stabilizzazione clinica, celerità nelle dimissioni per liberare nuovamente un posto letto. Velocità ed efficienza è, a mio avviso, la richiesta che muove le figure mediche operanti in quest'ambito e che, inevitabilmente, comporta l'osservazione del paziente attraverso lenti non troppo umanizzanti.

L'esito di una società performante e prestativa si espande dunque a macchia d'olio anche nei più delicati contesti di cura: l'operato dei medici, infatti, sembrerebbe essere valutato attraverso precisi parametri di efficienza che valorizzano aspetti più quantitativi che qualitativi.

### **L'esperienza istituzionale: principali fatiche attraverso la descrizione di un caso clinico**

Con queste premesse, inizio col dire che la mia più grande fatica sia stata quella di crearmi da zero uno spazio che tenesse in considerazione il paziente secondo aspetti complementari e non secondari a quelli di interesse istituzionale, nel rispetto di ruoli ben definiti e di un'organizzazione che, fino al mio arrivo, non aveva mai contemplato né il senso né l'utilità di una figura professionale come la mia.

Eppure, nonostante la frustrazione e il senso di inadeguatezza sperimentato quotidianamente, ho creduto e sperato che quel luogo potesse diventare per me una grande opportunità.

Il Direttore in carico al Servizio aveva stabilito che mi sarei occupata di adolescenti e giovani adulti, fino ad un'età massima di 26 anni. Ne ho incontrati diversi, durante il ricovero, ponendomi l'obiettivo di fungere da tramite tra il dentro e il fuori, tra la sofferenza trascinata



in un reparto di psichiatria e una più elaborata richiesta di aiuto che, se resa più consapevole, in alcuni casi si sarebbe tradotta in un'effettiva presa in carico da parte dei Servizi territoriali.

La mia esperienza si trasforma in un'opportunità effettiva quando arriva Michele, 14 anni e una storia clinica e personale degna di nota. La nostra conoscenza inizia qualche giorno prima di Natale 2022, mentre lui è già ricoverato da circa un mese e mezzo.

Sin da piccolo, intorno ai 6-7 anni, inizia un iter ospedaliero di visite e controlli che valutino il suo continuo stato di irrequietezza, aggressività e le emergenti difficoltà cognitive e scolastiche. A casa Michele è ingestibile: scappa in continuazione, è iper richiedente e nel caso in cui non vengano assolte le sue richieste, chiama spesso i carabinieri "per farsi venire a prendere" e conosce perfettamente altri numeri di emergenza. Per questi motivi di difficile gestione, da circa un anno rimbalza da un ospedale all'altro, facendo tappa in un paio di comunità. Nessun giorno di scuola, nessuna attività più o meno strutturata, nessuna giornata trascorsa in famiglia. I genitori sono stanchi e in evidente difficoltà. Nessuno dei due accetta di trascorrere le notti in reparto in compagnia del figlio, possibilità concessa a tutti i pazienti minorenni.

Michele racconta di episodi di violenza domestica in cui è coinvolto in maniera diretta e indiretta; per ovviare ai suoi tentativi di fuga, quasi tutte le finestre della sua casa sono munite di spesse inferriate. Una sorta di prigione che, per quanto tale, col prolungarsi della degenza è sempre risultata ancora dorata agli occhi del ragazzo.

Il caso di Michele viene affidato ai servizi sociali del territorio e, nel giro di qualche mese, la responsabilità genitoriale viene limitata.

Ho ritenuto importante fornire alcuni frammenti anamnestici che facciano intendere il funzionamento relazionale del ragazzo in quanto caratterizzerà anche la nostra conoscenza. Infatti, quadro clinico e cognitivo a parte, Michele sembrerebbe non essersi mai imbattuto in un linguaggio emotivo che gli abbia permesso di verbalizzare i propri bisogni ed il proprio vissuto.

La prima volta in cui avviene la contenzione di Michele coincide col mio arrivo in reparto, per il primo giorno di lavoro con lui. Mi dà il benvenuto tirando un pugno all'allarme anti-incendio installato nella sala infermieri, la cui porta era rimasta accidentalmente aperta, e tentando la fuga a seguito dello sbloccaggio di quelle antipanico. Avviene poi un inseguimento lungo il corridoio principale e, dopo il susseguirsi di tre porte che avrebbero condotto sulla strada, una sorta di braccaggio in cui l'istinto mi urla di buttarmi a capofitto su 80 kg di ragazzo e cadere per terra.



Il nostro primo contatto avviene dunque così: non tanto attraverso l'utilizzo delle parole, quanto grazie alla condivisione di una facciata sul pavimento.

In attesa che qualcuno ci trovi, passiamo alle "presentazioni ufficiali": "perché vuoi scappare?". All'arrivo dei medici e degli infermieri, non ho modo di comunicare l'importanza di quanto stia accadendo e nel giro di pochi secondi Michele viene portato in camera, legato e "placato" con un'iniezione sul fianco.

Successivamente rimango con lui, provando a dar voce a quella sofferenza inquantificabile e facendo i conti col senso di impotenza che sento pulsare ogni volta che sento urlare a gran voce: "aiutami", "slegami", "se non puoi mandarmi a casa vattene".

L'impotenza è stata una mia inizialmente sgradita compagna di viaggio: ci siamo annusate e meglio conosciute a partire proprio da quei mesi in reparto, intensi quanto anni; ha dato modo alla mia spinta al fare concretamente qualcosa di utile per l'altro e anche velocemente, perfettamente in linea col sistema, di scontrarsi con l'impossibilità di un imminente rientro al domicilio del paziente così come lui avrebbe desiderato: la famiglia non lo avrebbe voluto e nessuna comunità contattata dalla Neuropsichiatria infantile si era resa disponibile ad un nuovo ingresso.

E' una storia abbandonica, quella di Michele. E questo vissuto viene accentuato ogni giorno, per i primi mesi, ogni qualvolta mamma e papà comunicano un orario di visita che non viene rispettato. A questi momenti, segue uno stato di angoscia che non è descrivibile a parole. Quando conosco Michele, comunica attraverso agiti aggressivi prima verso gli altri e successivamente verso se stesso.

### **La supervisione: contenitore e strumento formativo imprescindibile**

Porto questo caso in supervisione ancor prima di iniziare, in primis per il timore di non essere all'altezza di una situazione clinica di tale gravità e in secondo luogo di essere giudicata dagli altri operatori (medici, infermieri) sulla base dei comportamenti del ragazzo. Questo avrebbe presupposto, nel mio immaginario, una grande capacità di rimanere ferma nel ruolo attraverso il mantenimento di distanze che mi consentissero di evitare una collusione con le figure genitoriali e il mostrarmi impeccabile nel ruolo di psicologa che viene rispettata da un adolescente così disinibito e senza freni.

Quando chiedo aiuto ai colleghi rispetto al come poter entrare in relazione con Michele, mi viene rimandato di aver già iniziato a farlo. Il mio vero incontro con lui inizia però a sbocciare solo dopo aver messo a fuoco questa consapevolezza, cioè nel momento in cui sento che dovrei



simbolicamente togliermi il camice e giocarmela invece anche come Cecilia persona, oltre che professionista. Sin dagli inizi dell'università ho sempre pensato e successivamente interiorizzato la necessità che le mie zone d'ombra dovessero essere in qualche modo represses, perché se fai questo mestiere non puoi né concedertele né tantomeno fartene qualcosa nella relazione coi pazienti. Il secondo anno di scuola in particolare, accostato ad una fase precisa della mia terapia personale, mi ha dato modo di riscoprire il concetto di spontaneità e di quanto questo mi abbia sempre permesso di entrare in relazione con gli altri non in un modo migliore o peggiore, ma che è semplicemente il mio. Quando si iniziano a vedere i primi pazienti, è comune l'illusoria necessità per i giovani terapeuti (così è stato per me) di estrapolare dalla scuola di psicoterapia quegli strumenti pratici e concreti che fungano da stampella sulla quale appoggiarsi nei momenti di maggiore insicurezza.

Sapere che una di queste stampelle possa essere l'intuizione non esclusivamente clinica, ma umana, che fa parte della mia persona mi ha dato modo di spogliarmi del ruolo istituzionale ricoperto in quel momento e di incontrare Michele come essere umano, in quanto anche io persona come lui.

“La curiosità che si riduce a semplice curiosità scientifica”, diceva Pellizzari, “va alla ricerca di una conferma statistica e anonima e di una classificazione puntigliosa, ma fine a se stessa.” Questo tempo trascorso in Psichiatria mi ha dato modo di osservare la frenesia e l'urgenza dell'istituzione (e a seguire di tutti gli operatori facenti parte della catena di montaggio) di dare un nome al vissuto del paziente attraverso una diagnosi che comporti un iter farmacologico e di cura quasi pre-confezionato e che si ponga l'obiettivo di realizzarsi nel più breve tempo possibile.

### **Dalla teoria alla pratica clinica**

“E io cosa posso fare con lui?”. E' una domanda che nelle prime settimane ha preso residenza nel mio animo, nel disperato tentativo di indossare la compostezza e l'anonimità del camice bianco, mettendo tra parentesi il turbinio di emozioni provate e cercando di aderire il più possibile ad un modello per me de-umanizzante, ma che mi avrebbe salvato da ogni tipo di esposizione e conflitto.

L'incontro col paziente modulato non per i suoi sintomi, non per il suo vissuto, ma per come si svegliasse in quella precisa mattina, è stato il faro che ho provato a seguire nonostante la paura del buio. In altre parole, ho provato ad essere curiosa del qui ed ora di Michele nel tentativo di non farmi sopraffare dal mio vissuto emotivo, ma neanche di reprimerlo, in quanto “correlato



affettivo del misterioso incontro con l'altro e con il suo corpo, senza la quale passione vi è solo inaridimento e routine.”

La più grande scoperta, nel corso di questi mesi, è che in fondo non avrei dovuto fare granché, se non seguire la rotta tracciata dal paziente e dal suo timone.

Come è possibile restituire dignità ad una persona senza concedergli la possibilità di pensarsi qualcuno nel futuro? Mi sono interrogata sul come sarebbe stato possibile vivere e non sopravvivere ad un ricovero di durata indefinita, con un paziente in cui l'incerto e il non conosciuto costituiva principale motivo di angoscia.

E allora parto da me o meglio, dal tempo che avremmo avuto a disposizione, cioè 11 ore alla settimana. Orari precisi, sempre gli stessi, dedicati alla sua persona. Li scrivo su un foglio e li appendo sul suo armadio nella speranza che col tempo vengano interiorizzati come un qualcosa di certo e sicuro, seppur circondati da una miriade di 112 scritti sulle pareti nei momenti di maggiore agitazione.

Fornire al paziente questa tipologia di riferimenti, fisici e temporali, così come un preciso calendario visite dei genitori (quando rispettato) permette di lavorare sul tema della separazione e sul vissuto abbandonico del paziente. Stare con lui nell'angoscia che i genitori non arrivino all'orario prestabilito o non tornino più una volta varcata la porta d'uscita è un vissuto condiviso e che nel corso dei mesi si manifesta diversamente. Infatti, se inizialmente prevalgono momenti di intensa agitazione psicomotoria caratterizzata da agiti, si raggiunge in seguito una buona capacità di verbalizzazione del proprio stato emotivo. La tristezza, la rabbia, la paura, la rassegnazione, la sfiducia iniziano ad essere nominate e difese affinché venga loro concesso uno spazio più degno.

Michele esprime da subito il proprio disappunto rispetto ad un eventuale ingresso in comunità; la sua ultima esperienza era stata traumatica al punto di sbilanciarsi dalla finestra e cadere, riportando ferite alla testa e risvegliandosi nel letto di un ospedale. Inizialmente, questo mi preoccupa e non poco: l'unica via di uscita contemplata dal paziente, cioè quella di tornare a casa, non coincide però con una reale possibilità.

La supervisione mi agevola nel ridimensionare un pensiero maturato nel tempo: il mio lavoro verrà valutato più o meno positivamente sulla base dell'accettazione dell'ingresso in struttura da parte del paziente. Troppi fattori in gioco, io posso occuparmi soltanto della mia parte: coltivare con lui una relazione di fiducia.

Tra colloqui più strutturati, altri camminando per il corridoio e qualche partita a carte che danno modo di aprire su quanto tutto sommato a nessuno dei due piaccia perdere, credo che Michele



colga l'importanza di quello spazio in cui non solo potersi raccontare, ma anche in cui sentirsi libero di dire che quel giorno preferirebbe stare con qualcuno pur rimanendo a letto in silenzio. Rispetto e fiducia tra due esseri umani che si incontrano: ritengo che questi siano stati gli elementi fondamentali nel poter mettere mano, insieme, alle paure più viscerali presenti.

Giunti a comprendere e a sentire l'importanza e l'inevitabilità di un percorso in comunità, inizia il nostro secondo pezzo di strada insieme, altrettanto complicato perché caratterizzato da un graduale contatto emotivo con l'effettivo vissuto nei riguardi dei genitori. Mi manchi ma ti odio, ti voglio bene, ma se ho paura di morire qui dentro è anche colpa tua che mi ci lasci. Se come diceva Freud, l'odio è il più antico dell'amore, quando l'odio si placa rimane un profondo senso di vuoto, nel quale Michele mi ha portato più volte.

Ci sono anche frammenti di speranza che viviamo insieme, a febbraio, quando una comunità del Nord Italia sembrerebbe interessata ad occuparsi attivamente del suo caso: prepariamo l'incontro coi referenti, Michele ha tante domande da fare e decidiamo di metterle nero su bianco, per non dimenticarci nulla. Lui detta e io scrivo: siete una comunità contenitiva? Ci sono delle ragazze carine? Come vi comportate quando ho le crisi? Si fanno delle gite? Quando vado a dormire ho bisogno che qualcuno mi stia vicino finché non mi addormento.

Domande sorprendenti anche agli occhi degli psichiatri, ormai stufi del subbuglio creato in reparto e delle richieste sempre più insistenti.

“Lo prendiamo, ma non sappiamo definire una data d'ingresso. Potrebbe essere tra una settimana, un mese o un anno.” Il peso della comunicazione ricade anche sulla nostra relazione che in un primo momento viene inglobata, assorbendo anche me, in vissuti di rassegnazione, sfiducia e nuova incertezza.

Michele non si sente voluto, neanche dal luogo che con fatica è riuscito ad accettare. Inizia a colpirsi, tenta di farsi male più volte e con estrema lucidità mi riferisce di aver pensato che forse morire è l'unico modo per dimostrare ai suoi genitori quanto stia soffrendo in un reparto in cui mai avrebbe dovuto essere. Piange e mi sento di prendergli le mani per dirgli quanto non sia giusto che sia lui a pagare. Lui mi risponde che queste parole avrebbero dovuto uscire dalla bocca di sua madre.

Arrivo in supervisione appesantita, ho paura che qualsiasi sia la prospettiva di Michele, non riesca a sostenere la pesantezza della vita e decida di interromperla. Esco rincuorata dal fatto che quella sua risposta non sia svalutante nei miei confronti, bensì preziosa perché indice di una netta distinzione di ruoli. Nessuna collusione, aspetto che in partenza era per me motivo di costante allerta verso i miei movimenti. Per riprendere le parole di Ettore Jogan: “con questi



pazienti è doveroso, anche se molto difficile, oscillare fra la funzione di oggetto transferale e nuovo oggetto relazionale che cerca di colmare i deficit evolutivi più precoci.”

Ripristinato quell’ottimismo di ruolo che era venuto a mancare non tanto per la relazione col paziente quanto per l’evoluzione incerta delle condizioni esterne, riconsidero il tempo a disposizione come un tempo utilizzabile non solo per dedicarsi ai vissuti emotivi portati, ma anche per dare spazio agli interessi di Michele, stimolandolo e rendendo più viva quella quotidianità appiattita anche dalla mancata frequenza scolastica.

E’ così che nasce l’idea di scrivere un racconto per il reparto, in attesa di salutarlo, occupandoci anche dell’immensa vergogna sentita nel vedere una calligrafia faticosa e poco curata. Cantiamo, incontriamo altri pazienti per i corridoi, facciamo una caccia al tesoro per trovare l’uovo di Pasqua e parliamo del momento in cui ci dovremo separarci.

Lo prepariamo con cura, consapevoli entrambi di esserci regalati una boccata d’aria all’inferno. Ho chiesto a Michele se, in occasione delle sue dimissioni, avrebbe voluto che gli regalassi qualcosa. “Un fischiello rosso”, mi risponde. “Lo avevo ricevuto dalla mia maestra delle elementari, ma l’ho perso tanto tempo fa.”

Rimango colpita dalla specificità di questa richiesta e penso a quanto il fischiello rappresenti simbolicamente qualcosa che può essere utilizzato in caso di pericolo, per richiamare l’attenzione di qualcuno che si spera possa sentirci.

Consegno il fischiello rosso a Michele lo stesso giorno in cui il Capo Dipartimento mi comunica con certezza che una nuova struttura sia disposta ad accoglierlo per un periodo. Non dimenticherò mai la luce di quegli occhi che dopo 6 mesi in attesa di trovare un posto nel mondo, scelto da altri, erano tornati ad avere speranza.

In cambio ricevo un braccialetto sgualcito e strappato col quale era arrivato in reparto, accompagnato dalla richiesta di non dimenticarmi di lui.

Il 13 aprile 2023 accompagno Michele in comunità, insieme alla sua neuropsichiatra e a due infermieri di reparto. “Ho paura”: sono le ultime parole che sento uscire dalla sua bocca, prima di vederlo voltarsi e varcare un’enorme porta a vetri. Anche io ne ho, consapevole di aver corso insieme un pezzo di staffetta importante, ma che ora prevede non tanto il passaggio del testimone a qualcun altro (quello è ben stretto da Michele), quanto il subentrare di presenze diverse dalla mia che possano continuare a dargli sicurezza nel provare a correre da solo e magari cadere senza soccombere.



Nonostante le paure e le fatiche, Michele sta bene: i primi momenti di crisi in comunità sono gestiti senza farmaci o contenzione, riesce a verbalizzare come si sente e, quando è troppo, chiede la terapia al bisogno.

### **Riflessioni conclusive:**

Ho concluso la mia esperienza in SPDC poco dopo le dimissioni del paziente.

Se oggi mi interrogo su quello che potrebbe essere strutturato come iter d'intervento della figura psicologica all'interno di un SPDC penso immediatamente ad un ruolo di ponte, declinato come descritto precedentemente, oltre che ad una funzione di supporto e di ascolto che restituisca dignità al vissuto del paziente. Per quanto la durata media di un ricovero in psichiatria si aggiri attorno ai 7-10 giorni, periodo oggettivamente ristretto, si tratta di un tempo fondamentale affinché il paziente non solo acquisisca fiducia nelle figure di cura, ma recepisca dalle stesse la sicurezza e la speranza in una concreta possibilità di cambiamento. Obiettivo pretenzioso, ma sicuramente determinante in termini preventivi rispetto alla diminuzione di recidive e riacutizzazione dei sintomi, che spesso portano lo stesso paziente a molteplici e ravvicinati ricoveri.

Penso al ruolo di ponte tra il dentro e il fuori, ma anche all'interno del reparto stesso: non solo una comunicazione efficace e incentrata sul paziente porta benessere al paziente stesso, ma consente la condivisione di difficoltà e parti personali inevitabilmente chiamate in causa di fronte a tanta sofferenza.

E poi penso alla famiglia, al fatto che genitori trascuranti ed abbandonici, oltre ad essere pessimi genitori, siano anche persone in seria difficoltà. Mi interrogo su quanto un coinvolgimento più strutturato ed un ascolto attivo da parte di tutti gli attori in scena avrebbe potuto evitare a Michele sei mesi di ricovero da quattordicenne ed un finale che, per il momento, non ha l'aria di essere il lieto fine delle favole. O forse, non sarebbe cambiato niente.

Ciò che è certo è che, qualsiasi possa essere l'epilogo di questo caso, la luce della speranza per una vita migliore si sia riaccesa proprio tra quelle quattro mura apparentemente aride, ma non in grado di fermare l'unica potenza capace di rendere fertile qualsiasi terreno: l'autentico incontro tra due esseri umani.

Infine, reputo che rappresentare un'istituzione attraverso il lavoro clinico con uno dei miei primi pazienti abbia scaturito in me diversi vissuti emotivi: da un lato, l'inevitabile timore di non essere all'altezza, veicolato da un maggiore senso di responsabilità rispetto alle scelte e ai movimenti clinici e il non essere riconosciuta come sufficientemente competente all'interno di



un contesto ancora poco propenso all'inclusione della mia figura professionale; dall'altro, un opposto senso di protezione e sicurezza dato dalla consapevolezza di costituire soltanto un pezzo di puzzle, completato da altre figure a cui, nonostante le difficoltà riscontrate, avrei potuto chiedere aiuto. Nella mia formazione professionale, tutt'ora in corso, ho ricercato fortemente il lavoro in équipe: nulla come il confronto con gli altri è stato per me fonte di arricchimento e motivo di messa in discussione.

A settembre inizierò l'ultimo anno di scuola di specializzazione in psicoterapia. Rifletto sul fatto che, se avessi incontrato Michele in questo momento professionale e di vita, sarei qui a scrivere una storia diversa. Non per il tempo trascorso, ma per come sento di aver utilizzato questi anni. Grazie alla scuola, alla supervisione e alla terapia, identità professionale e personale hanno iniziato a comunicare a muoversi nella stessa direzione, più consapevoli dei propri punti di forza, ma anche dei propri inevitabili limiti. Ho conosciuto Michele nel momento più doloroso per me, quello in cui ostinatamente cercavo di mungere il latte da un toro che mai me lo avrebbe fornito. Sono la rabbia e la sofferenza, ad averci avvicinato, oltre alla dura consapevolezza del fatto che avremmo dovuto salvarci da soli.

E' per questo che oggi, dopo aver attraversato la sofferenza dell'inferno, scriverei un pezzo di storia dal diverso sapore, ma altrettanto giusto per il mio Adesso.

