28/02/2018 Angela Pizzi

**Resoconto del tirocinio entro un Servizio per le Dipendenze dell’ASL RM2: intervento e cronicità**

Attraverso questo resoconto vorrei riflettere assieme ai colleghi e i docenti della scuola sul rapporto tra il modo in cui vengono intesi gli interventi psicologici entro il servizio territoriale per le Dipendenze dell’ASL RM2, dove svolgo attività di tirocinio da 5 mesi, e l’offerta del servizio ovvero la modalità con cui convoca gli utenti a partire dal problema individuato come “dipendenza patologica”. Entro il modulo della prof.ssa Di Ninni abbiamo avuto modo di soffermarci su come fare riferimento, entro i servizi, a dimensioni di psicopatologia, possa avere a che fare con una difficoltà a organizzare un intervento a partire dall’individuazione di problemi. Al Serd Sestili, situato nel quartiere di Roma Quadraro, sembra difficile per i pazienti e per il tutor, ma anche per me, immaginare di poter trattare questioni che non hanno immediatamente a che vedere con il problema della dipendenza da sostanze, entro la fantasia che l’intervento psicologico debba articolarsi in prescrizioni, più o meno raffinate, volte a convincere il paziente a smettere di fare uso. Laddove fallisca questa fantasia di convincimento sembra che l’alternativa dello psicologo sia “far parlare le persone” o comunque farle arrivare al servizio, al di fuori di ogni obiettivo, e questa finalità è coerente con il mandato di controllo sociale che sembra assumere il Serd in rapporto al quartiere e all’asl. L’obiettivo di questo resoconto è riflettere sulle culture del contesto per intervenire mettendo a problema gli agiti proposti entro il servizio piuttosto che provando a farli fuori entro dimensioni ugualmente agite.

L’attivazione della convenzione della scuola SPS con l’U.O.C. tutela delle fragilità dell’ASL RM2 in un momento di riorganizzazione delle ASL di Roma in cui sembrano cambiare continuamente tutti i referenti (dai responsabili dei tirocini alla dirigenza) avviene entro dimensioni di fatica e vissuti di estraneità. A partire da queste difficoltà, a settembre 2018, individuo nel dott. S, psicologo del servizio conosciuto per via della collaborazione del Serd con il servizio presso cui ho lavorato per tre anni, il centro di accoglienza rivolto a persone tossicodipendenti e senza fissa dimora “Tartaruga”, un professionista interessato a lavorare con me e con Cecilia Vecchio, collega del gruppo L, come tutor per il nostro tirocinio di specializzazione. Io e la collega ci dichiariamo come psicologhe interessate a conoscere e intervenire entro i servizi che si occupano di dipendenza a partire dall’interesse ai problemi di marginalità maturato durante la nostra esperienza lavorativa. Manifestiamo inoltre il desiderio di occuparci di aspetti di contesto e non solo di seguire “casi clinici”: ci sembra importante utilizzare il momento in cui scriviamo insieme il progetto formativo per cominciare a delineare obiettivi di lavoro. Aldilà di una parvenza di accordo amichevole, la diffidenza che fin da subito riscontriamo in lui e in altri professionisti conosciuti entro il Serd, fa ipotizzare fin dall’inizio come il servizio sia in rapporto all’estraneità: sembra che si cerchi in diverse forme di testare la nostra estraneità per misurare quanto questa possa assimilarsi alle attese del contesto. Dalle parole del tutor sembra inoltre emergere la descrizione di un servizio fisso ed immutabile in cui si erogano interventi standardizzati al di fuori di qualunque tipo di esplorazione della domanda degli utenti e di obiettivo, tantomeno di verifica. Concordiamo di partecipare alle fasi di accoglienza, appuntamenti pensati dal servizio come organizzanti l’accessibilità e una generica organizzazione dell’intervento, e successivamente mi viene proposto di seguire il sig. Diego, un paziente “accogliente” e che ipotizzo quindi non mi minaccerebbe con la sua estraneità. La fase di accoglienza di Diego, così come altre a cui partecipo, si articola in 5 incontri durante i quali, prima singolarmente e poi in equipe, il paziente incontra, nell’ordine, il medico, lo psicologo e l’assistente sociale. Il colloquio con il medico stabilisce la presenza di diagnosi di tossicodipendenza, il primo colloquio dello psicologo ha l’intento da una parte di formulare una diagnosi psicopatologica con l’ausilio del MMPI. A questo segue un secondo colloquio con lo psicologo in cui si ripercorrono alcune tappe di vita del paziente nell’idea di stringere una sorta di alleanza terapeutica: di fatto il tutor propone a Diego e a tutti i pazienti nella stessa fase di accoglienza di rispondere a domande sul rendimento scolastico (dalle scuole elementari all’università), nell’idea che sia un pretesto per ripercorrere velocemente fatti della vita del paziente a partire dai voti, in ipotesi dati emotivamente non perturbanti e quindi dei quali sarebbe più facile per il paziente parlare. La proposta è violenta: le risposte di Diego sono controllate a seconda di quanto il Dott. S. reputi più o meno coerente alle sue aspettative quanto il paziente ha da dire. Alla fine di questi incontri quello che il servizio conosce dell’utente è il tipo tossicodipendenza ed una diagnosi psicologica scritta su una cartellina che difficilmente qualcuno leggerà. Nei colloqui di accoglienza con Diego, nonostante la proposta del servizio sia da me vissuta come difficilmente riorganizzabile, ho ritenuto di potermi dare come obiettivo la possibilità di cogliere, entro questi limiti, questioni di cui il paziente era interessato a parlare. Ma in un servizio che sembra orientato solo a diagnosticare è difficile per i pazienti trovare spazio per pensare ai propri problemi senza fare riferimento esclusivamente alle dimensioni scontatamente attese dal servizio. Diego, che si avvicina alla cinquantina, ci parla dell’abuso di cocaina con frasi del tipo “oggi ho fatto una stupidaggine”, come se stesse parlando con una madre dalla quale farsi redarguire. Sembra che il paziente sia addestrato a parlare delle sostanze in modo stereotipato: quando racconta di aver scoperto l’effetto stupefacente del farmaco utilizzato per l’asma all’età di 7 anni, la sua sembra una narrazione costruita ad effetto negli anni per “giustificare” la sua dipendenza. In sede di ultimo colloquio d’equipe riusciamo insieme a ripensare, a partire da un sogno che racconta, come il suo venire al Serd abbia a che fare con un cambiamento nel suo rapporto con la sostanza: sembra che Diego abbia un vissuto persecutorio associato al consumo relativo a questo ultimo periodo che vorrebbe risolvere dentro il servizio. L’equipe sembra fingere di assumer come vera la richiesta che il paziente fa di voler essere aiutato a smettere e gli prescrive le analisi periodiche per monitorare il consumo di sostanze e la “psicoterapia”: anche questa è una prassi consolidata del servizio. Parlando con i colleghi del servizio sembra che anche entro il Serd sia diffusa l’idea che le persone che hanno problemi di tossicodipendenza siano “croniche” in quanto la tossicodipendenza difficilmente consentirebbe dimensioni di sviluppo. L’indicatore dello sviluppo naturalmente è il comportamento relativo alla sostanza e l’intervento proposto, volto a confermare quello che si aspetta, diventa “cronico” ovvero sempre uguale nel tempo.

Recuperare le premesse del nostro incontro è stato l’obiettivo dei colloqui con Diego successivi alla fase di accoglienza. Ho proposto al paziente di soffermarci sul suo interesse a rivolgersi al servizio e sul suo vissuto in merito agli incontri di accoglienza. Questa esplorazione ci ha permesso di ripensare ad alcune dimensioni di controllo (della famiglia come del Serd) che caratterizzano la sua ambivalenza a rivolgersi al servizio e di concordare obiettivi di lavoro al di fuori degli obblighi dell’estinzione del comportamento tossicodipendente. In terapia parliamo del suo rapporto con la madre, organizzato attorno a dinamiche di dipendenza e controllo reciproco, così come del rapporto con la compagna, che si trascina da anni senza che si riesca a recuperare dimensioni di desiderio, di scelta o investimento. Diego si racconta spesso come in balia degli eventi, al di fuori di ogni possibilità di contribuire alla costruzione della propria vita, come ad aspettare qualcun’altro che se ne occupi. Sembra che l’abuso di sostanze finora gli abbia permesso di evitare di entrare troppo in rapporto con questi vissuti di impotenza ma adesso non sia più sufficiente: la cocaina non sembra più soddisfare il suo desiderio di “sentire emozioni forti, sentire di vivere”. La dipendenza in questo senso sembra avere a che fare con l’assenza di desiderio e la noia entro i rapporti, e di questo stiamo parlando in questi ultimi incontri.

Se da una parte sembra possibile con il paziente, se pur con fatica, ripensare a che cosa facciamo in terapia, dall’altra appare quanto mai difficoltoso riflettere sui problemi del servizio con il tutor, che in questa fase del lavoro rappresenta per me il servizio. A partire dalla costatazione dell’alto numero di colloqui disattesi in fase di accoglienza, io e Cecilia Vecchio abbiamo proposto al Dott. S., durante una riunione, di riflettere insieme su questi abbandoni. Coerentemente con il modo in cui viene trattata l’estraneità, la nostra proposta è stata immediatamente vissuta come minacciosa, tanto che il tutor è arrivato a negare “schizofrenicamente” un fenomeno con cui quotidianamente si confronta. La proposta di parlare insieme è esitata in un tentativo di convincere l’altro, entro uno sterile terreno di scontro con tanto di risoluzione diplomatica. Mi sto chiedendo fin dove è possibile intervenire in questo contesto organizzativo ora che comincio a vedere il Serd come un paziente “cronico”.