27 Febbraio 2019
Sara Di Giamberardino-Gruppo L

“Fra la vita e la morte, avrei scelto l’America”. Alcune riflessioni sul tirocinio in Hospice

Scrivo questo resoconto nel tentativo di organizzare alcune ipotesi sulla cultura del contesto in cui sto svolgendo il tirocinio di specializzazione, avviato a Novembre 2018 presso l’Hospice Antea in seguito all’aver concordato una convenzione con la scuola SPS. Mi interessa costruire ipotesi sulla possibile funzione psicologica in questo contesto.

Recupero alcuni cenni sulla storia di questo servizio di cui sono venuta a conoscenza nel colloquio con il direttore sanitario con cui ho concordato la convenzione con la scuola SPS. Antea nasce alla fine degli anni ‘80 come Associazione Onlus che si proponeva di garantire un servizio di assistenza al domicilio dei pazienti che vivevano la fase terminale di una malattia, più spesso oncologica. A seguito di un periodo di circa dieci anni si struttura come Unità Operativa di Cure Palliative, dunque si costituisce come Hospice, garantendo così assistenza anche in regime residenziale. Il direttore sanitario è un oncologo che, a seguito di una lunga esperienza di lavoro in ospedale, inizia a chiedersi come occuparsi di quelle situazioni in cui “non c’è più niente da fare”, in cui l’obiettivo della cura medica non è più perseguibile. Si affaccia così al mondo delle cure palliative, lascia il lavoro in ospedale e, insieme alla moglie, fonda prima l’Associazione Antea e dopo l’Hospice. Attualmente il responsabile dell’Hospice è il figlio del direttore sanitario rispetto al quale, oltre a sapere che “è figlio”, non so molto. L’equipe dell’Hospice è composta da infermieri, medici palliativisti, oss, assistenti sociali, assistenti spirituali, fisioterapisti, psicologi e terapisti occupazionali; inoltre ci sono tre equipe di medici palliativisti ed infermieri che si occupano dell’assistenza domiciliare nel territorio di Roma.

Mi sembra importante recuperare le fantasie che mi hanno guidata nella scelta dell’Hospice come contesto in cui svolgere il tirocinio di specializzazione. Mi interrogo sul rapporto tra queste fantasie, il contesto Hospice e l’idea di professione psicologica che intendo sviluppare. Mi interessa esplorare quale funzione può costruire la psicoterapia in contesti che ne mettono in crisi l’intervento pensato come produzione di cambiamenti previsti negli individui. Questo interesse nasce dal lavoro che svolgo nel contesto psichiatrico, contesto che sebbene organizzi i suoi interventi entro un modello medico di diagnosi e cura, mi sembra sia attraversato dal sospetto che la cura non rappresenti un obiettivo perseguibile e che la domanda di chi si rivolge a questi servizi parli di una crisi dei rapporti di convivenza, anche se spesso tradotti esclusivamente entro i rapporti familiari. Nonostante questo sospetto, sembra che, i servizi psichiatrici in cui lavoro, abbiano sostituito alla finalità della cura quella dell’autonomia, dove il fattor comune sembra essere l’auspicata estinzione del rapporto tra servizio e utente.

Scelgo l'hospice anche, o soprattutto, perché mi sento attraversata dalla paura di non riuscire ad implicarmi, di preferire la posizione comoda di chi incazzato rinuncia a sperimentarsi professionalmente. Piuttosto che riconoscermi un desiderio, mi sembra di aver agito la fantasia di mettere a carico del contesto la necessità di implicarsi, pensando che mi sarei sentita obbligata.
Eleggo nella mia mente l'Hospice come servizio che si organizza a partire dal fallimento del curare e mi incuriosisce esplorare quale proposta organizza. Faccio l'ipotesi che le cure palliative, intese quale metodo di assistere persone che si trovano nella fase terminale della malattia, prevedano un ripensamento ed una riorganizzazione della professione medica e di quella psicologica finalizzato a proporre modalità alternative di occuparsi del rapporto tra contesto, pazienti ed i loro sistemi di convivenza.

Condivido queste fantasie (non proprio tutte) nel primo incontro con la tutor, Dott.ssa B., specializzata in ipnosi ericksoniana applicata al controllo del dolore.
Mi mette in guardia dicendomi che il lavoro in Hospice è "deteriorante"(diventare peggiore, guastarsi). Mi propone di individuare delle strategie per difendermi da questo deterioramento annunciato, che si verifica avendo a che fare con la morte; mi dice che per lei è importante fare sempre riferimento al suo ruolo di psicologa. Mi spaventa questa necessaria ricerca di difese e forse ancora di più la proposta di rintracciarla nel ruolo di psicologa.
La tutor mi propone di affiancarla durante i colloqui con i pazienti ricoverati in Hospice che avvengono nelle stanze da letto, e in quelli con i familiari che mi sembra avvengano spesso furtivamente, di nascosto dai pazienti, per le scale, nei corridoi o in giardino. La figura dello psicologo viene attivata solo su richiesta del paziente o dei familiari, in alcuni casi definiti drammatici (per chi?) può essere attivata anche dall'equipe di medici ed infermieri.
La procedura prevede che lo psicologo si presenti facendo la proposta di potersi occupare insieme delle emozioni legate alla malattia ed al ricovero in Hospice. Mi sembra una proposta interessante.

Iniziamo così ad entrare insieme nelle stanze dei pazienti; la tutor mi presenta dicendo che sono la sua ombra o il neurone che le manca. I colloqui vengono strutturati come se seguissero una procedura tecnica; si chiede al paziente perché è in Hospice e cosa sa della sua malattia, con l'obiettivo di indagare il livello di consapevolezza della prognosi. Mi chiedo a cosa serva quest' indagine sulla consapevolezza della prognosi e faccio l'ipotesi che abbia la funzione di controllare il rapporto con il paziente, di assicurarsi una difesa dalla confusione emozionale a favore di una prevedibilità e ripetitività rassicurante per tutti. Mi sembra che si svolga un'indagine sui fatti, il cui risultato, non a caso, è la produzione di valutazioni che si esprimono con "non conosce la prognosi", oppure "conosce la prognosi ma è in una fase di negazione" , "conosce la prognosi e ne è consapevole" e "sospetta la prognosi".
Nonostante questa indagine mi sembra che nel corso dei colloqui vengano nominate emozioni vissute come sconvenienti che si fa fatica ad occuparsene insieme.
Mi viene in mente Annamaria, una donna di 40 anni ricoverata in Hospice dall'estate, a causa di un cancro al seno che rende il suo aspetto visibilmente trasformato. A. chiede di parlare

con la psicologa; la sua stanza, ad inizio Novembre è invasa di addobbi natalizi, tuttavia ci dice che non arriverà a Natale, vuole morire prima. Dice questa frase in presenza della madre che le aveva chiesto di potersi assentare per qualche ora per degli impegni. A. sembra terrorizzata all'idea di rimanere sola e dice che morirà presto per garantirsi la presenza della madre. La tutor legittima la necessità della madre di A. di occuparsi dei suoi impegni e ricorda ad A. che non è mai sola in Hospice. Mi sembra di aver proposto ad A. una fregatura, una risposta finta a ciò che ci stava chiedendo. Uscite dalla stanza sento che la paura e l'impotenza vissute nel rapporto con A., che dichiara di voler morire, sono "emozioni da tirocinante", da uno che non è abituato a confrontarsi con questi problemi. Provo a parlarne con la tutor nel tentativo di rimettere queste emozioni nel rapporto con A. e con il contesto. Le dico che la paura e l'impotenza che sentivo mi sembravano le stesse emozioni che A. ci aveva proposto e che, dicendo di voler morire, stesse cercando di riprendersi un potere che sentiva perso, rispetto alla malattia, al rapporto con la madre e con noi. La tutor mi dice che è interessante ma secondo lei A. ha un ritardo cognitivo per cui non è possibile occuparci con lei di quelli che chiama "aspetti simbolici", cioè delle emozioni.
Mi chiedo cos'è che fa paura nel rapporto con A. e mi sembra che non solo A. nomini delle emozioni sconvenienti ma che il suo essere ricoverata da molti mesi in Hospice rappresenti un evento critico. Faccio l'ipotesi che se l'Hospice ha strutturato delle modalità per avere a che fare con la morte si senta in difficoltà con chi "si attarda a morire"; la paura è che ci si possa affezionare ad A. e che lei stessa si possa affezionare al personale ed agli altri pazienti.
Questa ipotesi nasce dalla mia partecipazione ai laboratori di terapia occupazionale, momenti in cui i pazienti escono dalle loro stanze e si incontrano attorno ad attività artistiche e di cucina, in cui intuisco una sorta di divieto della possibilità che i pazienti parlino tra loro, proponendo che ognuno si concentri sull'attività che sta svolgendo.
Mi viene in mente il signor Angelo, un uomo di 50 anni ricoverato d'urgenza in Hospice con una prognosi di sette giorni, poiché il territorio in cui abita non è coperto dall'assistenza domiciliare. Chiede di parlare con la psicologa e ci dice che da quando è in Hospice pensa solo alla morte, non si alza più dal letto perché non riesce a vedersi se non come malato. Ci dice che gli manca casa sua, il suo orto, il suo cane e la vita che faceva. Ci dice questo mentre siamo sole con lui, in assenza della moglie e dei figli davanti ai quali sente di dover recitare. La tutor attiva assistenti sociali e medici per organizzare il trasferimento a casa di Angelo; in un'ottica di sostegno della qualità della vita pensare alla morte è sbagliato, inaccettabile, sentire la mancanza di casa viene trasformato nel desiderio di quest'uomo di tornare a casa. Anche in questo caso mi sembra che le fantasie su cosa sia la qualità di vita e su come venga rappresentata la morte organizzino un intervento falso e violento, in cui sembra improponibile poter dare senso a ciò che accade. Il signor Angelo, terrorizzato, rifiuta la proposta di tornare a casa.

Provando a pensare a questi casi come indizi della cultura di questo contesto, faccio l'ipotesi che l'Hospice organizzi una scissione tra l'occuparsi della qualità della vita o dei vissuti legati alla malattia terminale. Mi accorgo di vivere emozionalmente questa scissione quando mi chiedo se ho a che fare con un malato terminale oppure con una persona viva. Mi sembra

che questa scissione si organizzi in luoghi diversi. Mentre sono dentro l'Hospice sento di confrontarmi con persone vive, con le proprie storie, le proprie preoccupazioni e desideri. Mi sembra di poter vedere la malattia terminale solo fuori dall'Hospice; me ne accorgo ritrovandomi a chiedermi se la prossima settimana ci saranno ancora le persone con cui ho parlato, ritrovandomi a sentire rabbia e angoscia che in Hospice mi sembra di nascondere sotto il tappeto, come fossero emozioni sconvenienti, private, che non hanno a che vedere con quel contesto.

Mi sembra che questa sconvenienza di alcune emozioni venga agita attraverso alcune ritualità che hanno l'obiettivo di negarla; penso alla tutor che, dopo i colloqui, mi dice che dobbiamo andarci a lavare le mani perché abbiamo toccato quelle dei pazienti e potremmo prenderci qualche malattia, oppure quando uscendo dalle stanze dei pazienti si assicura, tornando indietro almeno tre volte, di non aver lasciato nulla lì dentro, o che tutto sia in ordine. Partecipo a queste ritualità che mi fanno sorridere e mi permettono di cogliere che nella cultura di questo contesto la psicologia sia attraversata dal dubbio di potersi occupare dell'emozionalità che lo organizza o di porsi come obiettivo quello di mantenere un ordine apparente, un controllo.

Per cogliere alcuni indizi sulla proposta che la psicologia fa in questo contesto mi sembra utile recuperare il modo in cui il tirocinante psicologo venga simbolizzato dalla tutor stessa.

Allo stesso modo dei pazienti che "si attardano a morire", che rappresentano un evento critico, mi è stato chiesto inizialmente di far durare il tirocinio il minor tempo possibile; la proposta iniziale della tutor è stata quella di firmarmi più ore di quelle che avrei fatto effettivamente, perché "parliamoci chiaro: il tirocinante è invadente"(che si occupa in modo molesto dei fatti altrui, imponendo senza discrezione la sua presenza o il suo interessamento). Il tirocinante viene simbolizzato dalla tutor come un individuo che avidamente partecipa a quel contesto per prendersi qualcosa senza dare niente in cambio. Faccio l'ipotesi che queste fantasie attribuite al tirocinante parlino del modo in cui la psicologia, o forse la mia tutor, simbolizzi la propria presenza in questo contesto. Mi sembra che, implicitamente, venga dichiarato il problema di non saper dire qual è l'utilità ed il prodotto del lavoro dello psicologo in Hospice.

Recuperare queste esperienze mi aiuta a ripensare la scissione tra salute e malattia, vita e morte come condizioni che coesistono in maniera più complessa della presenza/assenza. Faccio l'ipotesi che la psicologia in questo contesto possa avere la funzione di occuparsi dei vissuti legati a queste condizioni, con l'obiettivo di pensare l'emozionalità dei pazienti, dei familiari e dell'equipe in rapporto al contesto. Se, in un'ottica di umanizzazione delle cure, è possibile pensare ad una funzione della psicologia nel rapporto con pazienti e familiari, mi sembra che la possibilità di sviluppare una funzione per l'équipe sia tutta da costruire.

Ho proposto alla tutor di occuparmi della resocontazione del lavoro che facciamo insieme nell'ipotesi di ricucire ciò che emerge nel rapporto con pazienti, familiari ed equipe con il contesto, per costruire uno spazio che non sia solo furtivo ed occasionale. Mi sembra che questa proposta ci stia permettendo di spostarci dalla simbolizzazione del tirocinante e forse della professione come invadente.