**Obiettivi del tirocinio presso l’Unità di Psicologia del Fatebenefratelli**

*Giuseppe Carollo, il 30 gennaio 2019*

Scrivo questo resoconto pensando al mio lavoro di tirocinio presso l’Unità di Psicologia del Fatebenefratelli, cominciato ad inizio 2018. In particolare, vorrei arrivare a discutere del mio rapporto con l’Unità in termini di sviluppo di una funzione psicologica, definendo alcuni obiettivi da raggiungere. Questo contributo si inserisce in un processo di resocontazione più lungo; ho infatti sentito spesso la necessità di resocontare a colleghi e docenti. Metto in relazione questa mio desiderio di confronto con la difficoltà del lavoro e la complessità del contesto in cui mi trovo (e non solo alla mia psicopatologia personale, così come più volte messo in evidenza dai colleghi del gruppo L!). Commenti e restituzioni da parte della Scuola mi sono serviti sin qui ad avere una visione più chiara del mio rapporto con il contesto e a proporre, così, alcune ipotesi operative. Ho in mente alcuni obiettivi del lavoro che sento interessanti e allo stesso tempo difficili da perseguire. Proverò a resocontare questa difficoltà.

***Il contesto: l’Unità di Psicologia***

L’unità di psicologia del Fbf è nata a metà degli anni ‘80, su iniziativa dello psicologo Bertini, referente in Italia della scuola di Psicologia della Salute. Parlando di questo processo istituente con la tutor e leggendo alcuni contributi pubblicati dall’Unità negli anni, riprendo alcuni aspetti importanti ancora oggi. In particolare, l’ordine religioso che è a capo dell’Ospedale sposava quella che era definita l’umanizzazione delle cure. Dentro questa definizione si mischiano molte ipotesi, ideologie, di tipo laico e religioso. Mi sembra che il punto d’incontro principale tra psicologia della salute e medicina “umanizzata” stesse nell’idea di approccio olistico alle cure, ovvero di un’attenzione ad aspetti della persona degente non strettamente legati alla prestazione sanitaria. La psicologia della salute ha così proposto un modello che tendesse all’integrazione di variabili bio-psico-sociali, ben accolto dalla politica dell’ordine religioso dell’epoca. Altra dimensione istituente importante: l’Unità di psicologia è pensata come autonoma dagli altri ambulatori dell’Ospedale, a sottolineare la trasversalità dei servizi che possono essere forniti, ma anche la libertà di manovra rispetto ai medici. Queste due variabili istituenti conservano un significato importante nella gestione odierna dell’Unità.

L’Ospedale si trova sull’Isola Tiberina, a Roma. Il bilancio dell’Ospedale è in rosso da molti anni ormai, cosa che ha richiesto uno sforzo delle ultime dirigenze nel recuperare il debito. L’Ospedale è guidato da due tipi di dirigenze, una religiosa ed una laica; la prima istituisce la seconda. Nell’ultimo anno sembra esserci stato un miglioramento economico, cosa che ha permesso di finanziare investimenti sul rifacimento di molte strutture interne dell’Ospedale, previste per il 2020.

Tanto il bilancio in rosso che la decisione di ristrutturare alcune parti dell’Ospedale hanno un impatto diretto sull’Unità di Psicologia. Situata la piano terra della scala C, l’Unità conta 2 stanze per colloqui, una stanza cieca, usata generalmente per l’accoglienza di nuovi pazienti, e uno stanzino ripostiglio. Da quando sono stati approvati i lavori di ristrutturazione, il servizio di genetica è subentrato in questi spazi: la mattina in entrambe le stanze, il pomeriggio in una delle due. Questa intrusione è giustificata ufficialmente dal rifacimento di alcuni spazi di genetica, che momentaneamente si appoggia a Psicologia. Ipotesi condivisa dalle psicologhe dell’Unità è, invece, che il primario di genetica voglia semplicemente occupare questi spazi. La direzione dell’Ospedale, dal punto di vista delle psicologhe, tende a non ostacolare il primario, ma al contempo propone all’Unità di usufruire di altri spazi, una volta che saranno ristrutturati. Ad oggi l’Unità di Psicologia usa le stanze di oncologia, al secondo piano, il pomeriggio. Più in generale, le psicologhe dell’Unità mi pare si rappresentino la direzione sanitaria come ambigua, difficile da inquadrare, che non prende posizione: da una parte non ostacola (e non chiede neanche, verrebbe da dire) il lavoro dell’Unità, dall’altra non la difende.

Queste vicende sono sentite come molto svilenti da parte delle 4 psicologhe strutturate dell’Unità. Ciò che è messo più in crisi per l’Unità sembra essere il concetto di servizio indipendente dagli altri ambulatori ospedalieri, come dicevamo sopra. In particolare, la mia tutor propone spesso questa strategia come faro verso cui orientarsi. Dal mio punto di vista questa strategia si declina, in realtà, in una funzione psicologica esercitata in senso sostitutivo, rispetto agli altri servizi ospedalieri, ovvero proponendo psicoterapie a pazienti segnalati o inviati dai servizi. I servizi stessi non sono visti come clienti diretti del lavoro, ma solo come invianti. Il rapporto con i servizi ospedalieri mi sembra marcato dalla diffidenza: si accetta di entrarvi in rapporto ma sempre con il presupposto di doversi difendere dalle attese che i medici hanno sugli psicologi, creando margini di indipendenza volti a garantire l’operatività della psicologia, svincolata dagli obiettivi perseguiti dai medici. D’altra parte le attese che i medici hanno sugli psicologi sono, così, sistematicamente assecondate.

Ciò che ne risulta è un lavoro quotidiano centrato su psicoterapie individuali, diagnosi di sviluppo intellettivo (per i bambini nati prematuri) neurocognitive (per i pazienti anziani) e personologiche (per persone che hanno bisogno di certificazioni per vari motivi, inviate da altre strutture pubbliche). La coordinazione tra colleghe strutturate non avviene, ognuno si è ritagliato il suo spazio di lavoro e di intervento. La fantasia presente ma non esplicitata, almeno con i tirocinanti, è che 3 psicologhe strutturate andranno in pensione tra non molto tempo e probabilmente non verranno rimpiazzate; le altre 2 psicologhe dell’Unità, una strutturata e una a contratto, continueranno a svolgere il loro lavoro specialistico diagnostico in rapporto stretto ed esclusivo con alcuni reparti: neurologia (per i pazienti anziani); neonatologia (per i bambini prematuri).

Due psicologhe strutturate più anziane, tra cui la mia tutor, hanno però il desiderio di contribuire ad una prospettiva di sviluppo diversa. Vorrebbero lasciare qualcosa all’Ospedale, non vedere l’Unità di psicologia completamente dissolta dopo 35 anni di lavoro. Già in un primo lavoro nel quale mi sono cimentato, presso il servizio di accoglienza dell’Unità, poteva esser presente questo tipo di richiesta: aiutami a tenere insieme l’Unità in un coordinamento che dia senso al lavoro di tutti. Questo lavoro ha raggiunto alcuni obiettivi utili, in particolare nel rapporto tutor-tirocinanti postlauream, e proposto alcuni dati relativi alla verifica del lavoro dell’Unità, con lo scopo di discutere del funzionamento dell’Unità stessa. Proprio la proposta di discutere di una visione d’insieme dell’Unità è stato il punto più difficile da portare avanti e su cui il lavoro si è concluso. Ricordo un commento della tutor, alla fine di quella giornata: “il lavoro di équipe è sempre stato altalenante; a tratti sembra che si possa fare, ma molto più spesso ci ritiriamo e continuiamo a funzionare separatamente”. Mi vengono in mente a questo proposito alcuni riferimenti di letteratura: un libello pubblicato dall’Unità circa quindi anni fa, in cui sono descritte finalità del servizio e proposte di intervento; un articolo pubblicato su Rivista nel 2010 da 2 specializzande tirocinanti SPS e dalle 2 psicologhe strutturate che più tengono all’Unità, oggi, in termini di équipe. Nel libro si può evincere una separazione, tra le psicologhe, di metodi e interlocutori, già presente all’epoca della pubblicazione; nell’articolo, tra le altre cose, si parla della difficoltà a rapportarsi con il servizio di neonatologia e della risorsa che può costituire il gruppo di psicologi se pensato come contesto di sospensione dell’agito. La sospensione dell’agito dell’Unità, durante il lavoro in accoglienza, è stato possibile in alcuni momenti, ma poi, come dice la tutor, ognuno ha ricominciato a lavorare separatamente, in una sorta di acontestualità.

***Il lavoro in endocrinologia***

Oggi la mia tutor richiede di costruire un rapporto con endocrinologia. Si tratta di una richiesta diversa rispetto alla strategia sin qui portata avanti: si incominciano a pensare i servizi ospedalieri come potenziali clienti della psicologia. Mi pare che, similmente a quanto propone la mia tutor, anche l’altra psicologa più anziana richiederebbe un lavoro di costruzione di committenza presso oncologia. Lavorando su questo progetto da ormai un anno, mi confronto con le difficoltà che il cambiamento di cultura implica. Prendo parte a questo progetto con due specializzande di due scuole diverse, già presenti al momento del mio arrivo. Il problema con cui ci confrontavamo inizialmente era un sostanziale stallo delle attività psicologiche: endocrinologia chiedeva di collaborare in varie maniere (in particolare formazione, ricerca, visita congiunte) e psicologia esitava nel proporre qualcosa di operativo. La fantasia presente nel gruppo di psicologi (3 specializzandi + tutor) penso si possa riassumere con un rapporto di diffidenza. La domanda dei medici ruotava intorno alla lamentela rispetto a pazienti che richiedono troppe attenzioni, o al controllo delle variabili psicosociali per favorire il buon andamento glicemico. Si trattava di domande che venivano assecondate dagli psicologi, ma a partire dalle quali non si sapeva quale proposta fare. Sulle motivazioni per cui non veniva proposta un’analisi della domanda dei medici, mi sono costruito due ipotesi: 1) in un momento di pericolo per l’Unità, si tende a ricercare alleanze. L’analisi della domanda implica frustrazione, conflitto, con persone, i medici, che ci si immagina a potere alto rispetto agli psicologi. Si va nella direzione richiesta senza creare disagio; 2) una certa ideologia dell’eclettismo dei modelli psicologici, tale per cui può andar bene un’ipotesi in un certo momento, ma contemporaneamente può andar bene l’ipotesi opposta, in nome del modello bio-psico-sociale.

Nel confronto con le 2 colleghe specializzande, discutendo e confliggendo, ma con l’intento comune di voler trovare ipotesi di lavoro e obiettivi spendibili, costruiamo nel tempo una posizione di rapporto, tra di noi in primo luogo, con lo scopo di poterci rapportare utilmente sia con la tutor che con endocrinologia. Si tratta di una posizione che fa riferimento al concetto di limite: i nostri modelli ci hanno portato ad alcune ipotesi, che con fatica abbiamo condiviso; queste hanno dei limiti definiti, per cui delle cose si possono fare, altre no. Cercavamo così di superare il disorientamento dell’eclettismo, in particolare in rapporto alla tutor. In secondo luogo, così facendo ci siamo presi un rischio: abbiamo esplicitato obiettivi da raggiungere con il servizio di endocrinologia. Questo secondo passaggio è centrale, perché generalmente i tirocinanti sono tacciati di tecnicalità rispetto al modello di appartenenza, tale per cui è invece auspicabile l’eclettismo. Noi dicevamo che la nostra posizione di intervento non era frutto, solamente, delle rispettive appartenenze metodologiche, ma di un ragionamento su obiettivi da raggiungere con endocrinologia. Questo lavoro ha permesso, mi pare, uno sviluppo.

***Un esempio: il gruppo con pazienti diabetici di tipo 1.***

Il rapporto con i medici, nel frattempo, si era costruito e sviluppato, tramite visite congiunte e riunioni psicologi-diabetologi. Insieme ai medici, costruiamo delle ipotesi: alcune persone si recano in visita non tanto con un’attesa di analisi e terapia sul piano medico, ma con un’attesa di rapporto con i medici. La glicemia rappresenta un pretesto per alimentare il rapporto con i medici. I medici, a loro volta, con difficoltà capiscono il significato delle confidenze che vengono fatte loro, se ne sentono affaticati. Facciamo una proposta su due assi di lavoro: 1) lo strumento del gruppo psicologico con pazienti diabetici poteva risultare utile per alcune persone; 2) istituire riunioni di scambio psicologi-medici su quanto avviene in gruppo e su altri casi clinici. Proponiamo quindi di istituire un gruppo con persone con le quali i medici vorrebbero costruire uno sviluppo sul piano relazionale. Il gruppo inizia a novembre, è composto da 6 persone, ed è condotto da me e una specializzanda di psicologia della salute.

***Riunione di confronto medici-psicologi***

In una recente riunione, discutiamo di ciò che emerge dal gruppo e che ci sembra utile scambiare con i medici. Una parte importante delle fantasie emerse ruotano intorno al concetto di guarigione, impossibile per questi pazienti, e agli assetti relazionali che vengono fatti risultare da questa impotenza. In particolare, l’impotenza è sentita in rapporto al medico. Il fallimento della fantasia di guarigione sollecita un rapporto fondato sul controllo esterno, di qualcosa che internamente sembra avere vita propria. Il controllo denota l’ambivalenza del rapporto: “sei mio amico, a cui do fiducia, ma sei anche mio nemico, da controllare”. D’altra parte emerge come spesso questi rapporti, al di là della relazione con i medici, producano un fallimento sociale: la fatica del rapporto esita in una sua fine. Viene agita questa fantasia in rapporto agli psicologi, troviamo il modo di parlarne in gruppo.

C’è, di sottofondo, la fantasia che i fatti generino emozioni. I partecipanti ci raccontano di episodi in cui provano emozioni e pensano che queste siano causate dal diabete, dimenticandosi il contesto in cui tali emozioni sono nate. A ben vedere, questa fantasia non è ascrivibile al solo là e allora del contesto personale di ciascuno, ma anche alla relazione con i medici e, quindi, nel rapporto che viene agito in gruppo con gli psicologi. I medici infatti prescrivono emozioni, relative all’ipotesi di un buon andamento glicemico. Si direbbe che i medici accettano l’amicalità scontata e pretenziosa, per rispondere poi con un atto violento.

Nella riunione psicologi-medici, questi si pongono agli psicologi con una fantasia di controllo: sarebbe auspicabile l’ingresso dei medici nel gruppo. È infatti accaduto che una paziente si sia lamentata con il medico dello scambio avvenuto in gruppo, circa informazioni fuorvianti scambiate con gli altri pazienti. In estrema sintesi, il messaggio arrivato ai medici è del tipo: nel gruppo con gli psicologi si fa confusione. La proposta dei medici fa quindi riferimento a un rimettere ordine. Questa persona, pochi giorni prima in una seduta di gruppo, aveva vissuto un conflitto con gli psicologi, che avevano messo in dubbio che fosse il diabete a preordinare il rapporto con gli altri, del tipo forte-debole, dando importanza alla componente simbolica del rapporto. Abbiamo proposto ai medici una lettura psicologica di quanto accaduto: la richiesta della paziente può esser compresa come un “rimettere ordine tra le cose”, ovvero su cosa è la causa di cosa: è il diabete che fonda le mie relazioni e le mie emozioni, o sono io che le vivo in prima persona, come mi stanno dicendo gli psicologi? Un’altra accezione del messaggio può essere questa: “mettetevi d’accordo tra di voi, psicologi e medici, perché gli uni mi dicono una cosa e gli altri me ne dicono un’altra”.

Con la tutor, a fine riunione, abbiamo sottolineato questo passaggio, sicuramente frustrante per i medici, ma interessante. Una funzione psicologica non aderente alle richieste dei medici può essere proposta. Gli obiettivi di questo lavoro stanno da una parte sulla facilitazione della costruzione di obiettivi per i pazienti, tale per cui può essere utile recarsi dal medico; dall’altra sull’incremento di competenze psicologiche nei medici, in particolare in riferimento all’aspetto simbolico del rapporto (su questo punto c’è da sottolineare l’ambivalenza dei medici, che non vogliono sentirsi oggetto di intervento; si tratta di un rapporto sul quale c’è ancora molto da costruire); trasversalmente, c’è l’obiettivo di costruire una funzione psicologica spendibile, in accordo con la tutor. L’impressione che ho è che non sarà facile realizzarli, ma essi rappresentano ad oggi ciò che orienta le nostre attività.