

La psicologia nelle unità operative di psicologia clinica

di Ester Ricciardelli*

Abbiamo lavorato, insieme con i colleghi del 'gruppo resoconto napoletano'¹, all'organizzazione di questa giornata, riflettendo insieme sul libro che oggi viene presentato e, specificamente, su come si sia trasformata, nel tempo e nell'esperienza di ognuno, la domanda di aiuto che viene portata dall'utenza dei servizi pubblici alle professionalità psicologica e psichiatrica. Lavoro da circa quindici anni in un'unità operativa di psicologia clinica e pertanto mi è stato chiesto di portare una riflessione sull'operatività psicologico-clinica in questo contesto organizzativo; nel processo di messa a fuoco di tale operatività con le relative considerazioni, mi sono accorta che di continuo tornavo con la memoria ai contesti lavorativi nei quali avevo lavorato precedentemente, alle professionalità con cui avevo avuto a che fare, agli utenti, alle diversità o alle similarità che mi sembrava di rilevare rispetto alla situazione attuale. Ho pensato, allora, che il motivo di questa suggestione biografica potesse risiedere nel fatto che le tappe salienti consumate all'interno dei contesti entro i quali ho lavorato, tutti all'interno del SSN, sembrano rappresentare, per così dire, un percorso a fasi nell'ambito di almeno due tipologie di cultura locale, così come vengono descritte e analizzate nel libro di Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia (2011). Tali fasi rappresenterebbero anche il riepilogo, fin qui, della faticosa elaborazione - e di una non meno faticosa ricerca di un'operatività conseguente - relativa a uno spostamento entro modi diversi di operare dello psicologo: dal 'paradigma individualista' a quello che, invece, considera la centralità del contesto quale premessa imprescindibile, sul piano teorico e metodologico, di ogni intervento competente.

Ho cominciato a lavorare nel servizio pubblico grazie a un concorso – uno degli ultimi in questa Regione - di una USL che doveva reclutare tutte le diverse professionalità necessarie all'organizzazione del CSM, ossia l'organizzazione territoriale dell'assistenza psichiatrica, per realizzare in primo luogo il reinserimento dei malati mentali dimessi dai manicomi. Correvano gli anni '90/'91: la Regione Campania fu tra le ultime regioni, se non l'ultima, a rendere operativo il dettato legislativo della L. 180. L'equipe che prese forma, a concorsi ultimati, non era di quelle a risorse limitate: più di 50 operatori; gli psichiatri provenivano in larga parte dalla psichiatria accademica, con un'esigua rappresentanza di militanti provenienti dall'anti-psichiatria e con un consistente gruppo – parlo degli assistenti medici – senza formazione specialistica in psichiatria. Tra gli infermieri, due con esperienze tutte dentro il manicomio, mentre tutti gli altri erano al primo impiego o provenienti da regioni del Nord dove avevano lavorato in ospedale generale. L'intera equipe ha mostrato, sin dall'inizio, difficoltà nell'operare sul territorio, almeno nell'accezione del concetto così come è utilizzato in questo volume, ossia di una prassi orientata a 'cogliere il senso contestuale di un comportamento problematico' (Carli & Paniccia, op. cit.); questo sia con i pazienti manicomiali da reinserire nel tessuto familiare e sociale, sia con i nuovi cronici, meno che mai con quei pazienti che sarebbero poi stati definiti 'con disturbi emotivi comuni'. La ragione di una tale

* Dirigente psicologo ASL NA 1 centro U.O. psicologia clinica.

¹ E' uno dei gruppi di lavoro sulla *resocontazione come metodo di intervento in psicologia clinica* attivi dal 2007 a Roma e a Napoli su iniziativa della Rivista di Psicologia Clinica.

difficoltà dell'operare risiede in una molteplicità di cause sulle quali ognuno di noi che ha fatto quell'esperienza credo continui ad interrogarsi; ma la lettura di questo volume credo abbia dato a questa riflessione un vertice nuovo e proficuo da cui guardare alle cose. Ripensando a quella vicenda lavorativa da questa prospettiva, mi sembra che gli operatori possano essere ricondotti a tre fondamentali gruppi, due dei quali considerati in relazione a una gerarchia vissuta come autoritaria, ossia "che richiede dipendenza acritica e accondiscendenza" (Carli & Paniccchia, op. cit.), una gerarchia non in grado di motivare al lavoro né di valorizzare le risorse umane presenti nel CSM. Un primo gruppo, formato dagli psichiatri tradizionali, da buona parte degli assistenti medici senza preparazione specialistica e da un'ampia rappresentanza di infermieri, tutti accomunati da una posizione di medicalizzazione dell'utenza; una tale posizione epistemologica per gli psichiatri formati rappresentava l'unica modalità per entrare in relazione con il paziente e per quelli non formati costituiva una rassicurazione sul fatto che non ci fosse poi grande differenza tra il paradigma del modello medico – sintomi, diagnosi fondata sull'eziopatogenesi, terapia, prognosi – e quello di una psichiatria tutta centrata sui fondamenti neurobiologici, sulle nuove molecole proposte dalle case farmaceutiche, sulle modalità più efficaci di realizzare un ricovero. Un secondo gruppo, in opposizione al primo, caratterizzato da una modalità relazionale rabbiosa e polemica nei confronti della gerarchia, sentita come incompetente e mortificante e vissuta come sostanzialmente indifferente alle sorti sia dell'utenza che dell'equipe; a questo gruppo appartenevano parte degli psicologi, gli psichiatri più ideologizzati, qualche infermiere. Un terzo gruppo infine formato da persone sostanzialmente disinteressate alle sorti del CSM, percepito come un luogo senza potere vero e considerato quindi una stazione di passaggio per poter approdare a sedi considerate più interessanti e prestigiose.

Gli psicologi si occupavano dell'utenza sostanzialmente con la stessa ottica dello psichiatra e cioè attraverso la lente della psicopatologia e dentro una cultura orientata alla cura degli individui sofferenti; si dedicavano perlopiù all'intervento psicoterapeutico di alcuni utenti, quelli meno inconsapevoli della loro emozionalità e quelli più 'evoluti', che chiedevano in prima persona una consulenza psicologica. Questa competenza dello psicologo ne implicava parallelamente un'altra, quella di protezione dello spazio e della funzione: poteva succedere che nella stanza di terapia facessero irruzione pazienti più gravi, un collega psichiatra impegnato in un'emergenza e quindi legittimato, un infermiere ignorante delle regole del setting e quindi comprensibilmente incurante. Era necessario inoltre sapersi proteggere dalle accuse reiterate che venivano fatte agli psicologi un po' da ogni parte, accuse di non volersi sporcare le mani con le emergenze, con le situazioni pregni di emozionalità, con ciò di cui si fa carico la psichiatria 'vera', la sola che è capace di ricevere e dare senso al mandato sociale di contenere e ridurre l'imprevedibilità e la pericolosità del malato mentale. D'altronde credo che in un servizio così orientato alla medicalizzazione della domanda e così concentrato sull'agire puntualmente il mandato sociale ricevuto e quindi a dare risposte, la posizione dello psicologo/psicoterapeuta, fortemente posizionata sulla riflessione, non poteva avere facile sorte.

Per quanto mi riguarda, l'occasione di andare via dal CSM si è fatta aspettare ma alla fine è arrivata e lo spostamento è stato di quelli fatti apposta per realizzare una fantasia: un servizio senza psichiatri, senza infermieri, senza assistenti sociali, insomma solo psicologi nudi e puri. Anche il nome del servizio "Psicologia clinica, psicoterapia e formazione psicodinamica" confortava immediatamente sulla fortuna del cambiamento, c'erano tutti gli ingredienti giusti, persino la formazione e non ci si doveva neanche sentire in colpa. Già altrove è stata descritta l'origine delle UU.OO. di Psicologia Clinica nella Asl Na 1 (cfr. Bozzaotra et al., 2009) e in quell'occasione si è detto di come, per lungo tempo le U.O. di Psicologia Clinica siano state percepite come luoghi di privilegio e noi che ci lavoriamo "ammirati e invidiati".

Nella U.O. di psicologia clinica si modificano quindi le condizioni di lavoro, cambiano gli obiettivi, ci sembra di aver creato le condizioni di uno sviluppo professionale; come pensare di star facendo un salto di cultura, il passare dal cluster 2 al cluster 3 della ricerca illustrata nel libro, ma mi piacerebbe discutere con gli autori di quanto possa essere legittima una simbolizzazione di questo tipo. Abbiamo comunque l'idea di un servizio che funzioni, di avere grandemente a cuore l'utenza, di avere una tecnicità competente, attenzione al lavoro di equipe, finalmente attenzione per la *relazione*. Ci si occupa prevalentemente di ciò di cui non si occupa la psichiatria, i cosiddetti 'disturbi emotivi comuni', non si affrontano le urgenze né le situazioni gravi – e questo sembra scontato sin dalla istituzione della U.O., che originariamente nasce come una costola di un Centro di Salute Mentale. Certo, la peculiarità della UOPC è di non avere un chiaro mandato istituzionale, forse di non avercelo per nulla e questo rende immediatamente la tecnicità competente svuotata di senso e comunque senza alcun potere negoziale nei confronti di chicchessia (management dell'azienda, altre agenzie sul territorio, altri servizi e/o reparti all'interno dell'Azienda); non ce ne rendiamo conto subito e il fatto che nessuno ci chieda nulla alimenta anzi la fantasia di essere liberi e creativi, di avere ampi gradi di libertà nel fissare gli obiettivi produttivi, nell'adozione delle procedure atte al loro raggiungimento, nella possibilità di scegliere qualsiasi progetto, nell'ambito dei compiti fissati dal PSN (Bozzaotra et al., op. cit.). A guardarla dal vertice odierno mi sembra che anche la tanto celebrata attenzione all'utente e alle sue istanze rappresenti qualcosa che ci consente di esistere, l'utente dà senso alla nostra presenza nell'organizzazione produttiva e alla nostra competenza; pensiamo di dare ascolto alla sua richiesta e di allestire per lui e con lui uno spazio di riflessione sul suo problema, ma in realtà abbiamo bisogno di lui, abbiamo bisogno che con la sua richiesta legittimi la nostra esistenza di psicologi in quel luogo. Ne abbiamo bisogno allo stesso modo di come la psichiatria tradizionale e quella militante hanno bisogno del malato mentale, l'una per confermare e consolidare il potere della conoscenza che detiene, l'altra per denunciare la natura politica e sociale della stigmatizzazione diagnostica. Per di più, per esplicitare adeguatamente la nostra competenza, abbiamo bisogno di operare una scissione: dobbiamo azzerare le variabili contestuali entro cui si colloca il problema dell'utente e considerare di esse il solo aspetto di vissuto emozionale, del quale ci occupiamo nei setting psicoterapeutici.

Anche questa fase è stata superata, come si è già detto altrove; comprendendo quanto la nostra modalità di lavoro all'interno dell'Azienda ci destinasse all'estinzione, siamo usciti dalle stanze, abbiamo connesso organizzazioni sul territorio che lavorano intorno alla stessa utenza, abbiamo costruito modalità di lavoro improntate alla cooperazione; attraverso il collegamento con altre agenzie sociali e altri servizi dell'Azienda abbiamo cominciato a definire il mandato istituzionale e i compiti d'istituto delle U.O. di psicologia clinica, abbiamo costruito nuove committenze, abbiamo cominciato a riflettere sull'agire psicologico e – per dirla con Sergio Salvatore – sulla obsolescenza del modo di concepire la conoscenza psicologica e dunque la funzione professionale che tale conoscenza alimenta ed orienta, riflessione che non può non condurre a un salto di paradigma: una revisione degli assunti fondanti i modelli della conoscenza e dell'agire psicologico (Salvatore, 2006).

La spinta per un'ulteriore revisione di tali modelli – ma mi piace pensare a una sorta di manutenzione, necessaria a un veicolo che ha già fatto un bel po' di strada, ma che ancora ne deve fare – ci proviene, come spesso succede, da nuove domande e dalla nostra difficoltà di trattarle. Ci viene richiesto, dal Tribunale dei Minorenni e attraverso i Servizi Sociali territoriali, di occuparci di 'genitori incompetenti', quei genitori cioè che, antepoendo le proprie esigenze – emozionali, economiche, organizzative – a quelle dei figli, ne compromettono il sano sviluppo e devono quindi imparare o re-imparare a fare i genitori! Ci vengono quindi inviati affinché noi

effettuiamo una valutazione del grado di inadeguatezza e offriamo loro “un ‘sostegno’ alle competenze genitoriali”, questa la dizione abitualmente utilizzata nei decreti o nelle ordinanze del TM.

Su di un altro versante – ma non così lontano da quest’ultimo – quattro psicologhe della nostra U.O., insieme a una quinta dell’ufficio sociosanitario distrettuale, sono chiamate dalla direzione aziendale ad aprire uno sportello anti violenza presso il PS dell’Ospedale S. Maria di Loreto. Lo sportello, in collaborazione con i medici di PS, offre ascolto immediato alle donne refertate e inviate dallo stesso PS per lesioni o traumi, fisici o psichici, procurati da maschi violenti; casomai attiva al contempo un percorso teso a proteggere la donna attraverso l’asilo in una casa famiglia e a costringere il violento alla resa attraverso la mobilitazione della giustizia e dei suoi diversi attori. E’ evidente come entrambe le richieste poste al nostro agire psicologico considerino il disagio – la violenza, l’incompetenza genitoriale – un problema individuale, un male che è dentro le persone e che può essere curato da professionisti muniti di tecniche competenti piuttosto che un problema sociale, un problema di convivenza. E’ evidente altresì quanto entrambe le richieste sollecitino in maniera forte la dimensione etica personale degli operatori chiamati ad intervenire e quanto intendano richiamare dentro ognuno di essi una presunta normalità verso la quale ricondurre i devianti, attraverso un intervento in entrambi i casi ortopedico. Ancora una volta il rischio, malgrado la collaborazione con le altre agenzie sociali, con gli altri operatori – è quello di confinarsi in una dinamica che ci vede o adempiere o contrapporci in maniera polemica, che ci induce a pensare interventi grandiosi o ci respinge nell’insoddisfazione e nell’impotenza. Allora “il perché, il dove, il come e il chi” diventano questioni cruciali, a maggior ragione quando non ci confrontiamo con il caso quanto piuttosto con l’evento critico e con il coinvolgimento emozionale delle varie componenti organizzative che partecipano alla dinamica clinica motivata dal caso (Carli & Paniccia, op. cit.)

Dove si situa allora una prospettiva di sviluppo professionale? Il discorso dell’attenzione al cliente interno mi sembrava molto interessante anche in questo senso e mi piacerebbe avere un riscontro dagli autori, una chiarificazione rispetto a chi possa essere per esempio considerato cliente esterno negli eventi critici; ciò che infine mi appare ineludibile è quella ‘consapevolezza culturale’ di cui si parla nell’ultima parte del libro, che metta gli psicologi clinici non più in un ruolo di assenti pensanti, ma piuttosto in quello di presenze pensanti e partecipanti.

Bibliografia

Bozzaotra, A., Foglia, M., Ricciardelli, E., & Rubino, A. (2009). Intervento alle Giornate Napoletane del Gruppo Resoconto, Consultato su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/sez_riservate/Giornate.htm

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l’evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli Editore.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2/3, 121-134.