

Dalla formazione all'intervento: i tirocini di specializzazione nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura di Marco Sparvoli*, Salvatore Gibilisco**, Rossella Roselli**, Fiorella Bucci**, Santina Di Massimo***

Premessa

Questo contributo si inserisce all'interno dello scambio tra scuole di psicoterapia e servizi di salute mentale avviato dal convegno sul tirocinio nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale¹.

La questione su cui siamo al lavoro, e sulla quale proponiamo alcune prime considerazioni, è tirare le fila dell'esperienza di collaborazione che abbiamo fatto negli ultimi anni, come tutor dei tirocini e come tirocinanti di specializzazione presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)².

Vorremmo estrarre dall'esperienza una buona prassi, un metodo di lavoro replicabile e certamente migliorabile nel futuro. Presenteremo un'introduzione su alcuni snodi teorici dell'intervento psicologico nei servizi per la salute mentale che riteniamo interessanti per contestualizzare la funzione dei tirocini. A seguire, con accenni ad uno specifico caso clinico, parleremo delle variabili che dalla nostra esperienza stiamo capendo essere rilevanti per rendere competente e più efficace il rapporto tra le scuole, i tirocinanti ed il servizio, sia rispetto agli obiettivi formativi del tirocinio che agli obiettivi operativi del SPDC.

Modelli relazionali e contestuali nei Dipartimenti di Salute Mentale

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono sistemi sociologicamente complessi: molte persone, molti pazienti, molte informazioni, piani relazionali paralleli sovrapposti e interferenti tra loro. Vengono trattati problemi non solo di natura psichiatrica, c'è un'interfaccia continua con la politica, con il management sanitario, con la polis. Vi è un incessante funzionamento di meccanismi a feedback che determina un continuo aggiustamento delle azioni, dei comportamenti e degli equilibri interni (Morin, 1993). In questa complessità organizzativa gli operatori psichiatrici pubblici, ma in particolare gli psicologi clinici, devono imparare a coniugare i concetti di emozionalità e di razionalità.

Il SPDC è, entro la rete dei servizi del DSM, uno dei luoghi in cui viene trattata la crisi psichiatrica. Poiché la crisi, dal nostro punto di vista, non è solo un evento individuale, ma piuttosto un evento sociale, concernente la relazione tra persone entro un contesto, è necessario intervenire anche con un modello psicologico centrato sulla relazione e non solo sulla persona. Secondo Eugenio Borgna (2000):

Non c'è psichiatria, dunque, che possa fare a meno di una psicologia considerata nella sua inesauribile significazione di disciplina che abbia ad analizzare e a descrivere, a isolare e a tematizzare, i fenomeni (i segni) che riemergono dal fluire ininterrotto della vita psichica. [...] Sottratta

* Dirigente psicologo, Servizio Psichiatrico per la Diagnosi e la Cura, Ospedale Carlo Forlanini, ASL RMD.

** Psicologi, allievi della Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica di SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

¹ Nel mese di giugno 2009 si è tenuto, a Roma, il Convegno: "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" organizzato dalla Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicosociologia). In proposito si veda Carli (2009), Bucci, Gibilisco & Roselli (2009).

² Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Carli et al. (2009), Ducci & Polselli (2008).

alle sue fondazioni psicopatologiche la psichiatria si svuota fatalmente del suo statuto di scienza dialettica e di scienza umana, inaridendosi in modelli di conoscenza incentrati sulla tecnica e sulla "malattia", o desertificandosi in modelli pratici di discorso: banali e designificati.

Se il ricovero nel SPDC viene gestito con metodi miranti a valorizzare l'instaurarsi di una relazione e non solo come trattamento contenitivo, il paziente può sentire che l'inevitabile violenza connessa al ricovero stesso è un prezzo significativo da pagare per la nascita di una forma sia pure embrionale di relazione.

È ormai opinione condivisa dalla letteratura specialistica che la qualità della relazione sia uno degli strumenti terapeutici più efficaci nel produrre cambiamenti significativi nei pazienti. La relazione è quel mezzo, quello strumento necessario per veicolare emozioni, assetti clinici e tecniche terapeutiche in grado di determinare evoluzioni e trasformazioni. Per lo psicologo rappresenta quindi il tentativo di incontrare l'altro, di entrare nella sua territorialità, di riconoscerlo nella sua storia, nel suo dolore e nei suoi bisogni. L'obiettivo è quello di cercare storie e non sintomi, di incontrare uomini e non malattie (Sparvoli & Di Massimo, 2006).

Questa intenzione clinica, faticosa e considerata da alcuni decadente, risulta invece assolutamente competente per poter pensare l'altro, coniugando l'analisi di realtà, i vissuti personali e le emozioni, anche di tipo controtransferale, che si attivano nell'incontro.

Specie nelle fasi di acuzie l'incontro è il prodromo di un rapporto, che può diventare "metafora e laboratorio" di rapporti altri. Può così essere riattivata, già nei momenti di crisi, una lettura personale e transgenerazionale che permette una ri-storicizzazione del paziente (Sparvoli & Di Massimo, 2006). Sappiamo bene che più i pazienti sono gravi, meno conoscono la propria storia personale e quella della loro famiglia (Pontalti, 2000). Questo compito, che abbiamo definito di archeo-antropologia (Sparvoli & Di Massimo, 2006), non si limita alla mera cronologia di fatti ed avvenimenti, ma si interseca e si vincola strettamente ai vissuti personali, familiari e sociali. Tali vissuti sono iscritti nella memoria esistenziale del paziente e ne influenzano gli attuali comportamenti.

Nei contesti psichiatrici tale complessità teorica e metodologica va resa immediatamente fruibile dal paziente, va tradotta in un agire elementare, semplice, scevro da ambiguità, chiaro, facilmente riconoscibile, difficilmente equivocabile.

Il modello di intervento dello psicologo nei SPDC è in genere attivo/attento, i tempi ristretti del ricovero determinano interventi intensivi a volte molto sollecitanti per il paziente. Va fatta molta attenzione a non entrare in simmetria (corto circuito psicologico, in cui si raggiunge un territorio psichico e di organizzazione della mente non suscettibile di elaborazione). Lo psicologo deve riuscire a realizzare il paradosso di sospendere l'azione, continuamente sollecitata dai molti eventi che accadono in reparto, come reazioni che la crisi del paziente attiva, per poter pensare il paziente nell'intervento (non dopo ma durante).

Le condizioni necessarie per realizzare una buona relazione sono iscritte nelle regole del setting terapeutico. Ciò è certamente più semplice nei setting di cura privati, nei quali il rapporto di committenza e di prestazione viene definito, con sufficiente chiarezza, tra terapeuta e paziente. Al massimo, può essere coinvolta nella formulazione del contratto terapeutico la famiglia del paziente. Ma anche questo coinvolgimento avviene dentro un codice di lettura epistemologico delle situazioni cliniche da parte del professionista. L'adesione del paziente, ed eventualmente della sua famiglia, alle regole del setting definisce un contratto teoricamente semplice. Le variabili che organizzano il setting di cura sono poche, ed è compito del professionista tenerle sotto controllo.

Nei servizi psichiatrici pubblici la situazione è ben diversa. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituzionalmente è tenuto a farsi carico di tutta l'utenza che si rivolge ai diversi servizi che articolano i DSM. I setting di intervento risentono di una forte variabilità sia legata alla domanda che all'integrazione tra le componenti professionali che caratterizzano i servizi.

Ciò ha comportato e comporta una continua revisione dei paradigmi clinici di assistenza e cura. In questo senso divengono altrettanto fondamentali oltre alle pratiche cliniche, i contesti nei quali la "cura" viene praticata. Si determinano così, come oggetti di studio non

solo il prodotto finale dell'esistenza dell'organizzazione stessa, nel nostro caso la salute mentale, ma altri campi del sapere.

Quando lo psicologo lavora all'interno di un'organizzazione, non può tenerla fuori dal suo setting di intervento. Ne agisce, invece, più o meno consapevolmente, la "cultura locale" e le fantasie che la simbolizzano e la rappresentano. Se lo psicologo non è in grado di leggere la cultura locale alla quale partecipa, può trovarsi senza altri strumenti se non quelli permessi dalla tecnicità. Diviene, quindi, fondamentale per lo psicologo avere una formazione sulla competenza organizzativa. La competenza organizzativa, secondo Carli, è la capacità di una persona di leggere il contesto in cui si trova, e di collocarsi utilmente, realisticamente al suo interno. Una competenza a prima vista ovvia, alla portata di molti se non di tutti. Le cose non stanno così, la lettura competente del contesto è difficile, perché comporta un pensiero emozionato su di esso (Carli & Paniccchia, 2005).

Vincoli tra formazione ed intervento

Nei DSM, ed in particolare nei servizi di emergenza (SPDC), il lavoro è reso complesso da un lato dal mandato istituzionale di intervenire sulla crisi, dall'altro dal faticoso sforzo di convergenza di diverse azioni professionali, psichiatrica, psicologica, sociale e infermieristica, per il perseguimento di obiettivi condivisi dell'intervento.

Nella fase istitutiva dei tirocini il problema formativo che si pone al tirocinante è conoscere le regole, i vincoli istituzionali del servizio, la cultura locale, la sua storia; quell'insieme di vincoli che agli operatori strutturati spesso sembrano limiti dati e invalicabili, non implicanti la necessità di un continuo pensiero su.

I servizi sono sempre più costruiti su protocolli e tecniche di intervento. Tali percorsi rischiano di determinare scissioni profonde tra aspetti clinici e organizzativi; l'utilizzo dei protocolli, incentrati su un principio economico tipico del lavoro aziendale, finalizzati ad orientare e ottimizzare il lavoro del servizio, rischiano di diventare "cose fatte" predeterminate, ovvero che prescindono dalla specificità di ogni individuo, dalla storia della persona.

La componente di estraneità degli specializzandi diventa utilmente problema/risorsa, nella misura in cui è in grado di riavviare processi di pensiero sulla quotidianità del lavoro nei servizi.

Presentiamo ora un caso in cui la collaborazione tra un tirocinante specializzando nel SPDC e lo psicologo tutor ha prodotto risorse, utili per un'evoluzione della problematica e delle competenze del paziente e utili al reparto per svolgere un'azione di cura soddisfacente.

Spesso nei servizi di salute mentale si parla di limitatezza delle risorse, come causa principale del malfunzionamento dei servizi e della frustrazione degli operatori. Noi vorremmo proporre un rovesciamento del senso comune che si assegna all'espressione risorse limitate. Le risorse non sono limitate nel senso di scarse, ma sono esse stesse limiti. L'aggettivo limitate qualifica l'essenza dell'oggetto. Le risorse sono limiti. Limiti che, laddove li ammettessimo, ci solleciterebbero a pensare al senso e ai risultati del lavoro che si fa nei servizi, poste le risorse disponibili. Pensiamo che l'insufficienza di risorse che si sente nei servizi sia l'indicatore di un'incompetenza delle relazioni organizzative a generare pensiero sulle azioni e sulle prassi che si compiono. Nel caso che presentiamo, le diverse figure professionali coinvolte, sono riuscite a condividere dei setting di lavoro che si immaginavano utili per il paziente e praticabili nel reparto ed entro quei setting hanno via via verificato i risultati che si stavano raggiungendo.

La costruzione di setting psicoterapeutici nel SPDC: il problema del tempo. Un caso

Franco è un uomo di circa quarant'anni che viene ricoverato in SPDC, in seguito all'assunzione di una dose impropria, come recita il referto del pronto soccorso, di benzodiazepine. Prima di perder coscienza, Franco telefona alla psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM), presso il quale è in

cura da alcuni anni, al suo psicoterapeuta e al fratello maggiore. La psichiatra chiama il 118 che in breve tempo porta Franco al pronto soccorso. Da qui, a seguito di una consulenza psichiatrica, si decide con lui un ricovero volontario.

I primi venti giorni di ricovero Franco li passa quasi invariabilmente a letto, indolentemente. Entro l'equipe, concordando fra psicologi strutturati e specializzandi, decidiamo di proporre al paziente alcuni colloqui, con l'obiettivo di raccogliere dettagliatamente la sua storia personale e familiare. Pensiamo che una depressione come quella di Franco sia una presenza granitica, riflettiamo dunque su quanto possa essere più utile lasciar perdere come oggetto di interesse l'ideazione suicidaria, di non poterla aggredire perché monolitica. Decidiamo di concentrare gli sforzi esplorativi nella direzione della storia familiare e sul fatto che Franco sembra avere delle risorse, delle possibilità. In effetti nell'equipe del reparto molti sembrano convinti di questa latenza di risorse.

Pensiamo così di proporre a Franco un ciclo di colloqui con cadenza settimanale, così da accompagnare l'esperienza di ricovero fino al momento delle dimissioni. Ci accordiamo affinché sia uno specializzando ad occuparsi dell'intervento.

La storia di Franco è una storia densa di eventi traumatici, di lutti, disagi economici, di lunghe permanenze entro orfanotrofi, collegi, istituti pubblici. Franco ha un fratello di poco maggiore, con una diagnosi di schizofrenia, con il quale vive in un piccolo appartamento nella periferia romana, e di cui, dopo la morte della madre avvenuta circa due anni fa, si prende quasi esclusivamente cura. Gli altri tre fratelli, in un certo senso gli hanno delegato questo compito. Ciò che colpisce in questi primi colloqui, dove con il pretesto di ricostruire questa storia, proviamo a costruire col paziente una relazione di apertura, di presa in carico, di ascolto, è l'attenzione, la puntualità, la ricchezza di dettagli con la quale il signor Franco si dedica a questo lavoro.

Crediamo che questa sia la questione centrale di questo intervento.

Il signor Franco si presentava come senza speranze. Appiattito su una dimensione di immutabile ed eterna disperazione. Il lavoro psicologico in questo caso ha contribuito alla reintroduzione di un criterio temporale per descrivere l'esistenza. Abbiamo lavorato col paziente a ridare una cornice temporale all'esperienza entro la quale potevamo lanciarcì nell'esplorazione del passato, del presente e del futuro. Il futuro inteso come ricerca delle risorse da mettere in gioco uscendo dal reparto. Crediamo che il lavoro fatto con Franco sia stato un lavoro di costruzione e manutenzione di un setting ove potesse emergere da parte del paziente una domanda di lavoro psicologico, meno appiattita sulla dimensione psichiatrica del suo disagio. Insomma meno aderente al suo interpretarsi come depresso cronico. Il paziente terrà a mente e organizzerà per certi versi una parte della sua esperienza di ricovero, in ordine a questo lavoro.

Si ricorderà gli appuntamenti con lo psicologo, li ricorderà al resto dell'equipe medica, aggiornandola sul lavoro che si stava facendo. Si farà mettere da parte il cibo per fare un colloquio che era stato programmato in parziale corrispondenza dell'ora del pranzo. Insomma ci terrà a esserci e a "difendere" gli incontri dall'indolenza che caratterizza certe dimensioni dell'esperienza di ricovero entro un SPDC.

Il progetto con il signor Franco è stato quello di provare a riattivare delle risorse, aiutarlo a comprendere cosa gli stesse capitando, in relazione agli eventi accaduti. Il momento che stava vivendo. Abbiamo lavorato insieme alla contestualizzazione temporale delle sue emozioni. L'obiettivo era di dargli uno spazio dove potessero essere presi sul serio, non solo le sue manifestazioni psichiatriche, ma anche le sue passioni, i dettagli marginali, le increspature della sua storia di vita.

Riflessioni conclusive

Ora, come spesso accade, nei resoconti clinici si propongono situazioni che hanno avuto un buon esito. Ma il nostro obiettivo non è tanto quello di raccontare il processo di uno snodo psicologico, a nostro parere ben trattato, ma piuttosto di riflettere su come sia difficile la pensabilità in psichiatria ed in particolare in un servizio che si occupa di emergenza e di crisi. Questo caso ci ha permesso di riflettere e costruire un modello di intervento che ci ha consentito di utilizzare nel modo migliore il valore terapeutico del ricovero.

La possibilità di disarticolare il percorso terapeutico dalle vicende istituzionali della durata del ricovero è fondamentale. Occorre qui ricordare che i ricoveri tendono ad essere molto brevi e questo per limitare gli effetti cronificanti che possono determinare, e che il prolungamento degli stessi incontra resistenze di vario tipo amministrative, economiche e di efficienza del servizio. Per cui, la proposta di "tenere qualcuno" è possibile se si è

individuato uno snodo psicologico che può essere affrontato in un regime di ricovero. Nel caso descritto, il ricovero durato molto, è stato caratterizzato da una prima fase in cui il paziente viveva ritirato, chiuso nel letto a rimuginare su tematiche di tipo catastrofico, avviluppato su colpe e mancanza di speranze. In questa dimensione depressiva sono trascorsi diversi giorni, il paziente tuttavia lasciava trasparire un mondo interno ricco e pieno di risorse, ma non c'era verso di "stanzarlo dal letto" e di farlo partecipare alle attività che si svolgevano in reparto. Il suo comportamento rendeva impotenti gli interventi, metteva in scacco, grazie ad un condotta formalmente ineccepibile (veniva in visita, assumeva la terapia, mangiava nel refettorio con gli altri pazienti e manteneva una discreta cura dell'igiene personale) qualsiasi intervento psicologico. Franco diceva in visita che "per lui non c'era più niente da fare, il treno era perso", e si preparava ad un'infinita "aspettativa" dal lavoro e ad una sospensione di responsabilità individuali e sociali (per cui non se la sentiva di uscire dal reparto). Solo, disperato e senza speranze, l'anima stropicciata, il cuore polveroso, questa era la dimensione esistenziale di Franco in quel momento.

In questi casi una buona strategia ci è sembrata poter essere quella dell'attesa. Lasciarlo un po', e al contempo impedirci come operatori di sentirci strangolati dal senso dell'urgenza del tempo da un lato e dall'impotenza terapeutica dall'altro. Lui continuava a dire che niente aveva più senso e che la cosa migliore sarebbe stata quella di farla finita. In quel momento era utile accogliere quelle parti fragili e dolenti. Nel corso dei giorni lentamente, come ci auguravamo, sono emersi anche altri aspetti molto più vitali e creativi. Aveva anche iniziato, sempre molto timidamente, a partecipare ad alcuni gruppi terapeutici in reparto. Abbiamo conosciuto la sua compagna e una sorella. Siamo anche andati al bar. Il primo obiettivo era raggiunto, farlo uscire dal letto. Ora cominciava il difficile: progettare con il paziente un percorso terapeutico da effettuare durante il ricovero.

Abbiamo così pensato di attivare dei colloqui psicologici con una cadenza di tre volte a settimana con il compito di ripercorrere non solo le vicende relative all'ultimo periodo della vita del paziente, ma riguardanti piuttosto l'intera storia di vita dello stesso. Questa dimensione clinica narratologica, poteva nelle nostre intenzioni desaturare il campo psichico del paziente nonché permettere una ricostruzione che individuasse non solo perdite ma anche risorse.

Determinato l'obiettivo il passo successivo è stato quello di considerare le risorse professionali attivabili in reparto per questo progetto. Per il lavoro con il paziente è stato individuato uno specializzando che condivideva il progetto, era genuinamente interessato alle vicende di Franco, poteva flessibilmente rispettare la cadenza degli incontri. L'altro aspetto riguardava la condivisione con l'équipe curante, che doveva garantire lo spazio non solo fisico ma soprattutto il tempo per consentire l'intervento. Il lavoro non ha fortunatamente incontrato resistenze ambientali ed istituzionali. La bontà dell'intervento proposto abbiamo potuto rilevarla in modo decisivo dopo pochi giorni, quando incontrando Franco nel reparto ci ha ricordato lui stesso la data dell'appuntamento con il collega specializzando. Le categorie del tempo e dello spazio erano riuscite a ridelinearsi all'interno della sua esistenza. Le cose avevano ripreso ad avere senso e il senso era il luogo e il momento in cui lui poteva esistere in modo competente. Durante la crisi, la ferita maggiore è quella riguardante la competenza, l'individuo scivola indietro come su una pietraia, il vissuto prevalente è quello di perdita. Si perde qualcosa e questo è catastrofico. Il nostro modello sociale prima ancora che clinico non tollera, non sopporta le perdite e le sconfitte. La crisi ed il ricovero sembrano essere imprigionate in queste dimensioni sterili e colpevolizzanti. Dovremmo invece riscoprire la grande valenza terapeutica dell'ospitalità (matrice linguistica di ospedale) dell'accoglienza e delle competenze. Saremmo tenuti a stare attenti a quello che resta e non a quello che si è perduto (ripensare alla clinica riabilitativa). Allora se questo diventa un vertice clinico praticabile, ben vengano giovani ed entusiasti specializzando che già con la loro semplice presenza destrutturano campi saturi. Certo non basta il solo entusiasmo, la necessità dell'irrompere di nuovi modelli e di nuovi pensieri è fondamentale per cortocircuitare il modello dell'autoreferenzialità che organizza il più delle volte il funzionamento dei servizi. Lo specializzando può così assumere una funzione clinica importante e rappresentare un "grimaldello" per aprire cerniere arrugginite e cigolanti. Come dicevamo all'inizio però non basta buttarli "nell'arena" e confidare in una sorta di darwiniana

sopravvivenza. E' piuttosto la definizione di un obiettivo chiaro, semplice, realizzabile e condiviso che può rendere gli interventi efficaci. A quel punto il luogo perde la simbolizzazione reclusiva che spesse volte lo caratterizza ma diviene spazio protetto e laboratorio per fare esperienza di sé. Il paziente non è più spaventato e può accedere, in modo molto più intensivo di qualsiasi altro setting di cura istituzionale, alle sue parti dolenti e fragili. La possibilità di fare con lui un lavoro coerente quotidianamente diviene ricchezza e gli specializzandi risorsa.

Bibliografia

Borgna, E. (2000). C'è ancora un senso nella psicopatologia? *Psychomedia. Telematic Review*. Sezione: Modelli e ricerche in psichiatria. Area: Psicopatologia, 1 settembre 2000.

Bucci, F., Gibilisco, S. & Roselli, R. (2009). Il tirocinio nel SPDC. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. Relazione introduttiva. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.

Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis, D. et al. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: cultura locale e indicatori di sviluppo. *Rivista di Psicologia Clinica*, Supplemento al numero 3.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Ducci, G. & Polselli, G.M. (2008). SPDC del Lazio: aspetti istituzionali ed epidemiologici. In M. Sparvoli & S. Di Massimo (Eds.), *La psicologia nella crisi psichiatrica* (pp. 1-12). Roma: Alpes.

Pontalti, C. (2000). Comunicazione personale.

Sparvoli, M. & Di Massimo, S. (2006). *Lo psicologo nel SPDC. Attività e modelli di intervento nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura*. Roma: Alpes.
