

La relazione di tirocinio tra fantasia e realtà

di Daniela De Berardinis*, Tiziana Ragni Raimondi*, Simona Sacchi**, Grazia Stocchino**

Premessa

Il presente lavoro nasce dalla riflessione sull'esperienza di tirocinio condivisa tra le tutor dell'Unità Operativa di Psicologia clinica e due allieve del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica di SPS.

Il tirocinio è un momento d'incontro tra mondo della formazione e mondo del lavoro e pone problemi con cui confrontarsi a molteplici livelli. La costruzione dell'identità professionale, come integrazione delle conoscenze espresse in un saper fare coniugato al saper essere e i processi organizzativi, all'interno dei quali si esprime la domanda d'intervento rivolta agli psicologi, costituiscono, a nostro avviso, il focus che ogni agenzia formativa dovrebbe tenere presente.

Alla luce di queste considerazioni ci sembra necessario pensare e costruire un circuito dell'area formativa che attiene alle scuole di formazione in psicoterapia e dell'area formativa che attiene ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale, sedi privilegiate di tirocinio per gli psicologi che intendono formarsi alla psicoterapia.

In questo senso pensiamo che le Scuole e i Servizi siano due agenzie formative per lo sviluppo della professione psicoterapeutica.

Tratteremo dell'esperienza di tirocinio condivisa tra tutor, tirocinanti, modelli formativi, contesto di lavoro, tematiche queste, dibattute e affrontate nel convegno di giugno 2009: "Il tirocinio di specializzazione in psicoterapia nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale"¹.

Modello organizzativo dell'U.O. Semplice di Psicologia Clinica

L'Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma, è sede di tirocinio dal 1991 per gli psicologi allievi delle scuole di specializzazione universitarie e private riconosciute dal MIUR.

Uno sguardo al modello organizzativo che gli psicologi dell'U.O. hanno costruito, sembra necessario per contestualizzare l'esperienza di tirocinio e sviluppare il tema della formazione alla professione di psicoterapeuta.

Crediamo che l'agire professionale non possa prescindere da una riflessione su tale modello, che sta in rapporto all'organizzazione ospedaliera.

Nel processo di articolazione di un modello organizzativo per il lavoro psicologico/psicoterapeutico abbiamo dovuto affrontare, nel tempo, il complesso rapporto tra scienze mediche e scienze psicologiche.

Nell'istituire ambiti di lavoro congiunto tra medici e psicologi, ci siamo dovuti confrontare ad esempio con un particolare simbolismo attribuito al nostro lavoro: il *plus valore* o valore aggiunto alla professione medica.

Il recupero della specificità dell'intervento psicologico ha richiesto un passaggio dalla logica consulenziale, cioè della richiesta di intervento psicologico dei sanitari sui pazienti (che rimandava alla frammentazione e parcellizzazione del corpo umano così come degli

* Psicologhe U.O.P.C Ospedale Fatebenefratelli S.Giovanni Calibita;

** Psicologhe specializzande del Corso Quadriennale di Psicoterapia Psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda, Roma.

¹ Il convegno è stato organizzato dalla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di SPS. Si vedano i contributi sul tema "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" comparsi sul n. 1/2009 della Rivista di Psicologia Clinica (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

interventi), alla logica di intervento nei dipartimenti, nell'intento di costruire un approccio alla persona malata, condiviso con le diverse figure professionali.

Un ulteriore passaggio a cui stiamo lavorando e che ci sembra più in sintonia con il concetto di Unità Operativa con funzioni trasversali, è quello della definizione di percorsi di salute dei pazienti e della organizzazione delle attività in centri (Accoglienza, Adolescenti, Psicoterapia, Laboratorio di studi cognitivi ...).

Modello formativo

Le trasformazioni organizzative hanno inevitabilmente interessato anche il settore della formazione degli psicologi.

Si è passati da un modello di formazione, che possiamo definire di adesione ed imitazione, ad un modello di sperimentazione orientata all'assunzione di responsabilità professionale.

Nel primo caso il tirocinante affiancava il tutor nelle sue attività specifiche di reparto e ambulatorio, sostenendo le fantasie per il tutor di *avere un aiuto* nel suo lavoro e per il tirocinante l'idea di una professione psicologica identificata con il luogo dove era svolta (lo psicologo della rianimazione, della neonatologia, della neurologia, dell'ambulatorio dell'adolescenza...).

Nel secondo caso, i tirocinanti sono stati inseriti in équipe di progetto, messi nella condizione di sperimentare il lavoro con colleghi specializzandi provenienti da scuole di formazione di diverso approccio teorico, con i medici e gli infermieri dei reparti. In questo assetto la relazione con il tutor oscilla continuamente tra dimensioni individuali e gruppalì privilegiando la condivisione rispetto all'imitazione.

Il processo formativo si articola in un primo momento di conoscenza, in cui il tirocinante segnalato dalla scuola di formazione, effettua un colloquio di orientamento e riflette su una situazione clinica insieme allo psicologo dell'U.O., responsabile della formazione.

Presa visione del regolamento sulla frequenza e del progetto formativo, monitorato con un colloquio ogni sei mesi e al termine del periodo di tirocinio, lo specializzando inizia il suo percorso.

Le dimensioni della professione monitorate del progetto formativo sono:

- *l'inserimento nel contesto professionale*, inteso come sviluppo delle capacità di comprensione del contesto organizzativo e d'inserimento nel gruppo di lavoro (équipe degli psicologi, équipe multidisciplinari);
- *l'autonomia professionale*, intesa come sviluppo delle capacità di scegliere interventi psicologici adeguati alla domanda;
- *la responsabilità*, intesa come sviluppo della consapevolezza della propria responsabilità umana e professionale nelle scelte d'intervento e nei modelli di verifica;
- *l'acquisizione e/o consolidamento di competenze professionali*, inteso come acquisizione dei modelli psicologici d'intervento nel contesto ospedaliero;
- *la promozione d'iniziativa*, intesa come sviluppo delle capacità progettuali.

Queste aree ci sembrano fondamentali in una formazione attenta alla costruzione di un'identità professionale coerente con una crescita non scissa tra competenza e percorso personale e tra diverse agenzie formative.

Il rapporto tra tutor e tirocinante: riscoprire l'utile sensatezza dei limiti di realtà.

Abbiamo detto che il tirocinio è utile per l'allievo specializzando che incontra, mentre si sta formando ad un metodo di lavoro, un contesto nel quale apprende dall'esperienza e mette a verifica la costruzione della competenza psicoterapeutica. Dunque può riflettere sul proprio lavoro mentre lo fa. Il tirocinio così inteso apre all'elaborazione di un'identità professionale che comprende la riflessione costante su metodo, obiettivi e prodotti della formazione.

Il tirocinio permette allo specializzando una verifica della scelta del percorso formativo, del modello teorico e di intervento che approfondisce e della spendibilità di questo nei contesti professionali.

Crediamo che il tirocinante diventi risorsa per il servizio quando si assuma una *funzione meta* sulla propria esperienza, formativa e professionale; quando possa pensarsi in una relazione clinica, individuare interlocutori e domande e costruire setting di intervento psicologico.

Proviamo ora a descrivere le rappresentazioni sulla relazione tra tirocinante e tutor che hanno attraversato l'esperienza di tirocinio, utilizzando la categoria *visibilità/invisibilità*. Usiamo questa categoria avendo a mente il costrutto di *estraneità*, che propone l'individuazione dell'altro come interlocutore da conoscere, facendo incontrare le fantasie con gli elementi di realtà proposti.

Il costrutto dell'estraneità si declina con la possibilità di pensare che il tutor sia un committente del tirocinio, di pensare cioè alle sue proposte di lavoro al tirocinante, in relazione al mandato sociale e agli obiettivi del servizio in cui lavora.

Crediamo che questo sia stato possibile soprattutto a partire dalle riunioni di équipe e nei due briefing settimanali che si svolgono nel servizio, spazi nei quali tirocinanti, tutor e le altre psicologhe strutturate, possono confrontarsi. Una riflessione sull'utilizzo di queste riunioni come situazioni cliniche sembra una via per lo sviluppo della relazione tra tutor e tirocinanti dentro l'Unità Operativa.

Non è stato immediato, riconoscere e trattare sul piano emozionale questa evidenza, dentro il tirocinio in ospedale; qui le dimensioni del potere e della dipendenza affiliativa organizzano una cultura condivisa nelle relazioni tra medici e pazienti, ma anche tra gli operatori. Pensiamo che sia stato possibile recuperare una posizione di estraneità nella relazione tra tutor, tirocinanti e servizio, nel momento in cui sono stati riportati argini temporali e di progettualità².

La funzione psicologica e la funzione tirocinante: la resocontazione³

Pensiamo che il resoconto sia uno strumento di lavoro dello psicoterapeuta e anche un metodo di intervento che, attraverso la sospensione dell'agito e l'utilizzazione di categorie psicologico cliniche, si ponga l'obiettivo di costruire senso, con chi partecipa all'esperienza. Questa competenza e il suo utilizzo, ci sembra molto utile da sviluppare per lo psicologo in ospedale; ci rappresentiamo questo contesto come caratterizzato dal susseguirsi di situazioni che sembrano assecondare la tendenza ad agire le emozioni, anziché pensarle.

² "La seconda caratteristica del tirocinio, apparentemente ovvia, è la provvisorietà reversibile dell'esperienza. Una riflessione al proposito; quando manca la committenza della scuola, il tirocinio può essere banalizzato nella ricerca di situazioni psicoterapeutiche coerenti con la tecnica di riferimento o, in alcuni casi, nel disinteresse per l'esperienza. Ma nel tirocinio si possono anche strutturare appartenenze profonde, impegnate emozionalmente e operativamente nel servizio; appartenenze che comportano un'identificazione con il ruolo svolto nel tirocinio; sino alla confusione, nel lavoro svolto, tra ruolo di tirocinante e appartenenza al servizio. Si tratta di un processo difensivo problematico, in quanto fondato su dinamiche "come se": si fa "come se" l'appartenenza alla scuola e ai suoi obiettivi d'apprendimento non ci fosse; al contempo si fa "come se" si appartenesse al servizio, senza peraltro quel ruolo che deriva soltanto da un'appartenenza reale." (Carli, 2009).

³ Si vedano in proposito i contributi delle "Giornate sulla resocontazione come metodo d'intervento in psicologia clinica" (maggio 2008) con i contributi di Paniccia, Freda, Carli, Venuleo, Giovagnoli, Glejises, Cordella, Margherita, pubblicati sul n. 2/2008 della Rivista di psicologia clinica; con i contributi di Gentiloni, Padiglione e Paniccia, Giovagnoli pubblicati sul n. 3/2008 della stessa rivista (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Prendiamo ad esempio la dimensione dell'urgenza che caratterizza l'intervento medico, questo è il caso in cui il rapporto inscritto in una ritualità ripetitiva e con un basso tasso di variabilità, sostiene la percezione di una maggiore efficacia dell'intervento.

Tale aspetto permea e caratterizza fortemente la cultura medica ospedaliera e organizza le relazioni. In questo contesto un aspetto centrale del lavoro dello psicologo è rintracciabile nell'individuare aree di competenza specifiche della psicologia, non declinabili con la categoria medica della cura.

Pensare alla domanda dell'interlocutore, non inscrivendola scontatamente dentro il mandato dell'ospedale, sembra un primo prodotto del tirocinio che si è reso evidente nell'avere individuato, in altre relazioni, oltre che in quella con i pazienti, la possibilità di un intervento psicologico, inteso come pensiero sulla relazione.

Facciamo un esempio: la responsabile dell'Unità Operativa propone ad una tirocinante di partecipare ad una riunione con gli psicologi che collaborano con il reparto di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.). La collaborazione degli psicologi con questo reparto si declina in varie attività sviluppate nel tempo, a partire dalla domanda degli infermieri di uno spazio per riflettere sul proprio lavoro: gruppi di formazione per l'équipe infermieristica, gruppi con i genitori per riflettere sull'esperienza del ricovero dei figli neonati, la partecipazione ai briefing con l'équipe multidisciplinare del reparto e l'accoglienza della domanda dei genitori durante l'allattamento.

Il gruppo di lavoro degli psicologi (composto da 4 specializzandi, 1 psicologa borsista, 1 psicologa consulente, con funzione di coordinatrice dell'équipe, 1 psicologa strutturata con funzione di responsabile dell'équipe) si riunisce per riflettere su una criticità emersa in rapporto al reparto con il quale collabora; questa criticità sembra in primo luogo avere a che fare con il rapporto degli psicologi con le infermiere e le mamme.

Pochi giorni prima la responsabile dell'équipe degli psicologi e la caposala della T.I.N. decidono di comune accordo, dopo alcuni eventi problematici, di interrompere il servizio di *accoglienza* rivolto ai genitori dei bambini ricoverati.

L'evento critico sembra racchiuso in una frase che un'infermiera dice ad una delle psicologhe, riportando la dichiarazione della mamma di un bambino ricoverato: *gli psicologi sono sentiti intrusivi e quindi non graditi*.

Il reparto si trova a gestire in quegli stessi giorni l'emergenza del contagio di una malattia virale, tra alcuni neonati prematuri ricoverati.

Il reparto di Terapia intensiva culturalmente organizzato come un reparto chiuso, sembra aver utilizzato anche l'emergenza del contagio, per espellere l'intruso.

La tirocinante, che ha da poco iniziato il tirocinio nel servizio, partecipa alla riunione interessata a conoscere le attività portate avanti nei reparti dall'Unità di Psicologia.

La riunione si apre con l'obiettivo di riflettere sul servizio di accoglienza nel reparto di T.I.N. e sui suoi cambiamenti nel tempo, ma la fantasia, che non viene sufficientemente esplorata entro l'équipe, è quella di essere stati espulsi dal reparto, perché inadeguati, per decisione presa dalla responsabile e dalla caposala.

La coordinatrice dell'équipe parla di come il servizio di accoglienza sia stato inizialmente pensato come un momento di *osservazione partecipante* della relazione madre -bambino, in cui cogliere quegli aspetti di criticità, in un momento di intimità spesso carico di angoscia per le gravi condizioni di salute dei neonati.

Gli psicologi raccontano di avere utilizzato questa situazione per presentarsi alle madri, sperimentando, in alcuni casi, vissuti di intrusività e inadeguatezza.

Durante tutto l'incontro la tirocinante ascolta senza intervenire, ma vive questa emozione di inadeguatezza, anche lei si sente un'intrusa, avendo concordato solo con la responsabile e non condiviso con i colleghi, la sua presenza alla riunione.

L'utilizzo di questo vissuto, come indizio per esplorare la relazione che si sta costruendo tra la tirocinante e l'équipe, ma anche tra le altre tirocinanti e la responsabile, in rapporto al lavoro di *accoglienza* nel reparto, avrebbe permesso, se utilizzata, di pensare alle dinamiche dei rapporti tra Unità Operativa di Psicologia e reparto di TIN.

Un parallelismo interessante è sulla funzione di accoglienza. L'accordo che la nuova tirocinante ha preso con la responsabile, nel partecipare alla riunione, assunto come mandato, non è *bastato* per definire una sua funzione dentro la riunione con le colleghe, così come non era bastato per definire una funzione delle psicologhe nel reparto.

In questo caso, gli accordi presi dalla responsabile con il primario e la caposala, premessa indispensabile per poter lavorare nel reparto, sono stati agiti dagli psicologi nei rapporti con le infermiere e con le madri, con le quali sembra difficile istituire una relazione, in cui poter cogliere una domanda e in cui concordare funzioni e obiettivi specifici di quel rapporto.

Dopo questo incontro le riunioni si interrompono per circa due mesi, senza un accordo esplicitato, ipotizziamo perché vissute dagli psicologi come inutili in assenza del lavoro "effettivo" in reparto.

Dopo qualche mese le riunioni vengono riprese, con la proposta della coordinatrice dell'équipe di ripensare il gruppo di lavoro della T.I.N., collegandolo agli altri progetti del Dipartimento Materno Infantile. L'équipe si propone di lavorare sia sul piano della progettazione di un nuovo intervento nel reparto di ostetricia, sia sulla propria modalità di funzionamento.

Visto che dal momento della ripresa, di lì a qualche mese, la tirocinante avrebbe concluso il tirocinio, propone, nella partecipazione alle riunioni, di assumere la funzione di resocontazione, ponendosi come obiettivo la manutenzione di un pensiero sul processo del gruppo, mettendolo in relazione al lavoro nei reparti.

Questa partecipazione, in continuità con la *fase istituyente* l'ingresso della tirocinante nell'équipe, è stata questa volta esplicitata al gruppo e condivisa.

Assumere questa funzione è stato utile a ripensare le riunioni di equipe in rapporto alla domanda del reparto; la tirocinante ha sperimentato l'utile sensatezza di assumere una posizione con dei confini, ma dentro un obiettivo condiviso, con la responsabile, ma anche con i colleghi.

A questo punto è stato possibile fare altre ipotesi sul reparto di T.I.N.: esso ospita neonati per la maggior parte prematuri, altri con gravi patologie alla nascita; è un reparto di emergenza.

L'équipe medica è consapevole di avere a che fare con una complessità di rapporti che non si può ridurre alla ritualità tecnica, occupandosi di curare solo gli aspetti malati del neonato ed ha, tra i suoi obiettivi, anche quello di facilitare il rapporto tra genitori e figli.

Nonostante ciò, il reparto è organizzato intorno alla medicalizzazione del rapporto e ad una separazione dei compiti: la domanda agli psicologi è quella di occuparsi dei genitori definiti *pazienti sani* e della loro angoscia, facilitando così all'équipe medica il compito di curare il bambino malato.

Questa separazione, garantisce in parte al medico di potersi occupare della malattia e di ricondurre dentro una ritualità tecnica il suo intervento.

La relazione tra i genitori e il neonato è delegata agli infermieri, che, oltre ad occuparsi delle cure, svolgono una funzione *educativa* ai primi contatti tra genitori e figli.

Il reparto nei confronti dei genitori sembra quindi organizzarsi intorno a posizioni sostitutive e pedagogiche rispetto alla loro funzione nascente.

I genitori hanno spesso raccontato agli psicologi di sentirsi inadeguati rispetto ai loro figli, descrivendo il tempo del ricovero come un tempo sospeso, come se diventare *veramente* genitori, sperimentandosi nella relazione, fosse rimandato a dopo le dimissioni dall'ospedale, che fanno anche paura perché non ci sarà più qualcuno che sa come fare.

L'obiettivo di facilitare la relazione tra i genitori e i neonati sembra fallire nei vissuti dei genitori e forse anche degli infermieri, incaricati a questa funzione.

Pensiamo che questi vissuti di inadeguatezza possano trovare un luogo nel quale essere esplorati e pensati e ipotizziamo che, nell'emozione di inadeguatezza legata all'esclusione di un vissuto angoscioso e della relazione, si situi la domanda agli psicologi. La costruzione di setting dove ciò possa accadere pensiamo sia una specificità dello psicologo in ospedale.

Ci sembra che una funzione essenziale delle riunioni di équipe degli psicologi, possa essere quella di sospendere l'agito dell'emozionalità che organizza le relazioni per poterla pensare. Perché ciò accada, occorre ripensare anche a queste riunioni come setting, in cui il tirocinante può utilizzare la sua competenza psicoterapeutica nel confronto con i colleghi. Abbiamo sperimentato come la resocontazione sia insieme uno strumento e un metodo di intervento dello psicologo utile a pensare le emozioni nella relazione e come il tirocinante possa offrire questa competenza alle strutture di tirocinio, proprio mentre si sta formando ad essa.

Bibliografia

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica. *Rivista di psicologia clinica, teoria e metodi dell'intervento*, 2 (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: La Nuova Scientifica.

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda - teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. (2000). Gli psicologi nel contesto sanitario. Riflessioni e divagazioni sul tema. In Sammastano & Xibilia C. *Dal mito professionale al Servizio di Psicologia*. (pp7-47). Bari: Laterza.

Carli, R., (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. Relazione introduttiva. *Rivista di psicologia clinica, teoria e metodi dell'intervento*, 1 (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale - analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Guerra, G. (2006). Meccanismi difensivi istituzionali. In M., Giordano (Ed.). *Burnout. Seminario gruppoanalitico nazionale* (pp. 155-175). Milano: FrancoAngeli

Olivetti Manoukian, F.(1988). *Stato dei Servizi - Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*. Bologna: Il Mulino.

Stokes, J. (1998). Caos istituzionale e stress personale. In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V., (Eds). *L'inconscio al lavoro. Stress individuale e organizzativo nei servizi alla persona*. Milano: ETAS Libri