

OPERATORI E UTENTI: L' "ESSERE-A-DUE" NELLA CURA

Gilberto Di Petta

Dipartimento Dipendenze Patologiche
ASL NA 3
UO Speciale interdistrettuale di "Doppia Diagnosi"
Centro Diurno Giano

Lo sfondo fenomenologico della cura

- La fenomenologia è proponibile come sfondo tra le varie pratiche della cura?
- A quali utenti e in quali situazioni è applicabile una “cura” *fenomenologicamente* fondata?
- Che movimenti deve fare l’operatore” sul piano umano oltre che sul piano professionale?
- Quali *trasformazioni* attendono l’operatore nel passaggio da elemento dell’organizzazione a fattore terapeutico?

Concetto di Cura

(Heidegger, 1927)

- La "Cura" è il senso dell'essere.
- E' il modo fondamentale di *essere-nel-mondo* dell'uomo.
- L'uomo esiste in quanto si *prende-cura-di*, si pre-occupa.
- La *Cura* si compone di tre dimensioni:

1) Esistenza o Progetto;

2) Fatticità o esser-gettato;

3) Quotidianità o esser-scaduto.

L'operatore e l'utente: compagni di viaggio attraverso il mondo-della-vita

- La cura è un movimento, un percorso, una marcia di avvicinamento tra operatore, utente e mondo della vita;
- Operatore e utente si sforzano di *procedere insieme* lungo tratti di strada o "fuori strada", che attraversano il loro mondo, ri-tracciando *rotte* percorse, fallite o mancate.
- Le rotte percorribili, lungo questo "essere nel cammino della vita" sono quelle della *speranza*, della *condivisione*, della *ricostruzione del senso*, della *libertà*;
- La meta è la ricostruzione di un possibile e co-esistentivo *progetto-di-mondo* ;
- L'approccio fenomenologico può essere il sensore, la bussola, la mappa di questo "viaggio al termine della notte";

Cura, “cure”, curanti, curati...

- La cura prevede molte varianti (farmaco, parola, ascolto, silenzio, *milieu*, riabilitazione, contenimento, relazione, incontro);
- La presenza di educatori, infermieri, ass. sociali, familiari, oltre che di medici e psicologi, tutti a diretto contatto con il paziente, allarga fino all'inverosimile la dispersione del campo terapeutico;
- Un così eccessivamente variegato “spettro” terapeutico necessita di un *fondamento*, o almeno di uno sfondo, altrimenti si disintegra in una congerie di pratiche fini a se stesse, con effetto *rebound* sugli operatori e sul paziente.


L'operatore: da “funzionario” a com-partecipe

- Tutta la fisica contemporanea (relativistica, quantistica, termodinamica) concorda sul principio che *la posizione dell'osservatore modifica la posizione dell'osservato*;
- La fenomenologia costringe chi la assume come atteggiamento ad oscillare tra un *aver-qualcosa-di-fronte* e un *essere-con-qualcuno* (D. Cargnello, 1947);

Dal frammento all'incontro

- L'operatore che assume l'atteggiamento fenomenologico, che è sensibilità al frammento, si dissocia dall'arroganza "repressiva" delle tecniche medicali e, con pazienza, si abbandona al gioco della frammentarietà, pronto a cogliere, in *presa diretta*, ogni occasionale "contatto" tra qualche nomade *vissuto* del sofferente e qualche propria irrompente emozione.

A. Masullo, 1999



Lo sfondo fenomenologico come un “diafanoscopio”

- Apertura di prospettive;
- Squarcio di nuovi orizzonti;
- Ricerca di vie d'uscita;
- Illuminazione;
- Intuizione;
- Visione;
- Valorizzazione dell'esperienza;

L'incontro tra operatore ed utente

- Operatore e l'utente si incontrano sul piano dell' essere-insieme;
- L'operatore considera l'utente come un simile, e non fa mai di lui un oggetto;
- L'assetto fenomenologico consente il *contatto* con l'altro e orienta la *rotta*;
- La *cura* è il resto del viaggio.

Essere-in-situazione

- Situazione indica il mutevole complesso dei rapporti nei quali l'operatore e l'utente vengono a trovarsi, ad essere situati: in relazione agli altri, alle condizioni ambientali e a se stessi;
- Una situazione è una *tranche* di quel rapporto *Io-Mondo* che è l'esistenza, ove la separazione fra i due termini –Io e Mondo– non appartiene all'esperienza immediata, ma è un'astrazione della ragione.

A. Ballerini (2008)

la “malattia” della cura: evitare il mondo interno

- Non esiste alcun approccio psicoterapeutico nella fase subacuta, acuta e postacuta;
- I pazienti psicotici vengono “stabilizzati” con farmaci di mantenimento e riabilitazione (dall'intrattenimento, al *social skill training* alle borse lavoro);
- I tossicomani vengono stabilizzati, o disintossicati, o inviati in comunità, ma non confrontati sul piano della loro disagiata esperienza interna;
- Una percentuale molto esigua, quasi insignificante di pazienti gravi e cronici accede a psicoterapie individuali e di gruppo;
- Un numero progressivamente crescente di pazienti gravi non istituzionalizzati (ma nemmeno *curati*) sta usando sostanze d'abuso;

Atteggiamento fenomenologico (1)

- *Intuire, cogliere, descrivere*, con un movimento di immedesimazione empatica [“prassi mimetica” di Calvi] le esperienze soggettivamente vissute dagli utenti;
- Valorizzare ciò che gli utenti stessi, in prima persona, dichiarano di provare;
- Centrarsi sulla persona dell’utente, non solo sulle sue problematiche;
- Assumere il linguaggio stesso degli utenti per attribuire senso a tutto ciò che essi provano.

Atteggiamento fenomenologico (2)

- Attraverso l'incontro l'operatore accede all'esperienza dell'utente;
- Allargare la *comprensibilità* delle esperienze favorisce il *dialogo*;
- L'operatore si mette in comunicazione con l'utente da uomo a uomo;
- L'operatore lavora per la costruzione di una fiducia di base.
- I sintomi sono esperienze soggettive;
- L'umanità dell'utente e quella dell'operatore vanno recuperate;
- Va visto il suo modo di esistenza (la spazializzazione, la temporalizzazione, la coesistenza, l'intercorporeità, l'intersoggettività);
- L'operatore tende a rinvenire il *progetto-di-mondo* dell'utente;
- L'operatore reintroduce la speranza nella relazione di cura.

Atteggiamento fenomenologico (3)

- L'operatore scorge piccoli brandelli di vitalità nelle miserie quotidiane a cui partecipa;
- L'operatore si "sintonizza" con i vissuti dell'utente, si avvicina in maniera forte e sentita alle sue emozioni; sente in modo *im-mediato* il mondo dell'utente, riconosce la ricchezza di senso di ogni sua parola;
- L'operatore si disancora da ciò che già conosce; privilegia l'intuizione, l'impressione e le sensazioni personali che emergono in un colloquio con l'utente;
- L'operatore non si lega troppo alle metodologie e alle teorie che conosce.

L' "Aida" dell'operatore

(B. Kimura, 1992)

- L'operatore deve cercare la propria *Aida*, interna ed esterna, intrasoggettiva e intersoggettiva.
- Per ricostruire o rinforzare il *se-stesso* dell'utente, l'operatore deve coinvolgersi intimamente, sintonizzandosi al "se-stesso" dell'utente a partire dalla sorgente più profonda del suo proprio io;
- L'operatore deve divenire un "altro" autentico che, attraverso il suo rapporto al se-stesso dell'utente, lo aiuta a stabilire quel rapporto che si rapporta a se-stesso, simile all' *Aida* interiore che l'operatore deve egli stesso essere ;
- Nella misura in cui l' *Aida* interiore dell'operatore si riferisce con successo all' *Aida* interiore dell'utente i suoi atti hanno potere di cura.

Per una fenomenologia della “cura”

- Ancorare ogni *cima* terapeutica all'*ormeggio dell'incontro*;
- *Fondare* tutto l'edificio della cura su una *base* comprensibile;
- Veicolare lo *scambio* all'interno dell' *équipe*;
- Coprire le zone di vuoto con il *senso* di trovarsi da qualche parte;
- Non perdere mai la visione dall'alto o panoramica (*Ueber-stieg*);
- Non perdere mai la *prospettiva* della totalità dell'essere (*Ganzheit*);
- Disporre in un *linguaggio* aptico, prensile, formativo, meta-forico.

La persona dell'operatore

- All'operatore viene richiesta una *presenza totale* per coloro che incontra (B. Kimura, 1992);
- L'operatore deve esercitarsi sulla transizione dall' *atteggiamento naturale* all' *atteggiamento fenomenologico* [Calvi, 2005])
- Lo "sguardo" e l' "ascolto" dell'operatore devono essere capaci di *movimentare e costituire* gli eventi clinici;
- L'operatore deve coltivare e di utilizzare il linguaggio come vivente *medium* dell'esperienza;
- L'operatore deve avvertire i *mondi psicopatologici* come *mondi vitali*;
- L'operatore deve assumere su di sé la follia *denosografizzata* come intenzionalità significativa;
- L'operatore è un "apripista" che, evitando strade prefissate, trasgredisce (nel senso di "andare oltre") il già acquisito.

La riscoperta della soggettività da parte dell'operatore

- Ridiventare a pieno *titolare del proprio esperire*;
- Sentirsi la propria *soggettività vissuta, incarnata, intrisa di alterità*;
- Utilizzare la propria *soggettività come organo di esperienza*;

La fenomenologia come sfondo narrativo

- La narratività (Ricoeur, 1980) come asse portante della cura mostra i suoi effetti soprattutto con i pazienti gravi ed ha la funzione che i tralicci hanno per i rampicanti;
- La *soggettività dei pazienti gravi* non ha quel *focus* immaginario di egoità a cui i vari ruoli reali via via incarnati dal soggetto si portano come al loro centro di coerenza e di continuità narrativa;
- Essa non riesce a tenersi in piedi da sola e vive lo sgomento della molteplicità caleidoscopica oppure si irrigidisce su di una *routine* monosemica e passiva.
- E' l'operatore a fare storia, con il ritmo dei suoi incontri con l'utente, ma soprattutto come soggettività biografica che si costituisce a poco a poco quale punto di riferimento sul quale il paziente si arrampica con uno stile che oscilla tra la partecipazione e l'identificazione.

L. Del Pistoia (2008)

La “coscienza emozionale” tra operatore e utente

- “Cio’ che io *provo* adesso qui con te”;
- “Cio’ che tu *provi* adesso qui con me”;
- “Cio’ che noi *proviamo* adesso qui tra di noi”;
- La coscienza come *esperienza* di sé con gli altri nel mondo;
- Esperienza della *paticità*.

“Prassi mimetica” (Calvi, 2005) e “cura”

- L'operatore che cura raccoglie, si presta.
- Si offre a diventare ciò che l'utente è –raccoglie un momento vivo del sé dell'utente.
- Gli presta la sua affettività, la sua immaginazione, il suo corpo.
- E' come se attraverso la coscienza emozionale dell'operatore l'utente trovasse un barlume di sé, o dell'idea della sua vita, che gli era inaccessibile,
- Come se l'operatore dovesse sentirla e mimarla per lui perché lui possa accedervi.
- Perché l'illuminazione dell'utente anticipa il suo cambiamento



Lo sfondo fenomenologico.. (Calvi, 1989)

- Amicizia e amore valgono quando uno le vive. Questo momento è l'incontro con l'utente. Esso avviene in un'atmosfera pervasiva ed avvolgente, di cui si percepiscono i toni, più che distinguere i timbri. E' il ritmo di una poesia imparata a scuola, il palpito di un romanzo letto da ragazzi, la musica udita aprendo a caso la radio, il quadro sulla parete della casa dove si svolge la scena di un film. Messaggi frammentari e rarefatti, comunicazioni prelinguistiche, capaci di tenere la nostra sensibilità in stato di ascolto.



“Cura” fenomenologica e situazione istituzionale

[effetto *vivificante*, anti *burn-out*]

- 
- La *malattia* e il *contesto istituzionale* diventano un'opportunità unica, anche per gli operatori, di ampliare e di riparare la propria coscienza di sé e la propria capacità relazionale, di scoprire il proprio e più autentico *progetto-di-mondo*; la propria originalità di persone che amano e che sono amate;
- 

“Percorso” e “persona”

- All'idea di questo incomprensibile e meccanico associarsi di malattie diverse nella stessa persona (*comorbidità*), si può contapporre l'idea di “percorso” di malattia, dell'individuale possibilità di percorsi diversificati, e che originano dal confronto fondamentale tra la “persona” del singolo, la sua matrice personologica e antropologica, e il “disturbo” che lo affligge.
- Il soggetto, cioè, non resta quasi mai passivamente schiacciato da un qualsiasi disturbo psichico iniziale, ma tenta di confrontarsici, talora di dargli un senso, oppure di arginarlo, riuscendo in questa intenzione o invece fallendo e dando origine a sintomi anche più disastrosi, apparentemente almeno.

La cura della “speranza”

- Effetto “Hawthorn” (Tom Burns, *Psichiatria*, 2008);
- “Credere” nelle metamorfosi possibili del *modo-di-essere* nel mondo dell’utente e del proprio
- Prendersi cura di qualcuno per aiutarlo ad essere quello che desidera essere anche senza sapere di esserlo.

La cura della liberta'

- Dall'essere nomadi nella terra di nessuno, esseri senza destino, clandestini senza dimora, "noi senza patria", alla costituzione vissuta dell'essere insieme come "patria dell'amore";
- Restituzione di senso e di umanità all'esperienza tossicomane e psicotica;
- La ricerca della "via d'uscita" tra "gettatezza e trascendenza";
- Dare ad ognuno la possibilità di toccare la propria autentica e originaria sostanza.

La cura duale

- Reciprocità e appartenenza;
- Il *noi* è un'identità eterogenea: ognuno non riceve l'altro che per poter restare *altro-da-lui*.
- C'è un va e vieni dialettico tra l'identità del *Noi* e l'eterogeneità dell' *Ego* e dell' *Alter Ego*, del *Je-Toi*, *Ich-Du*, *I-Thou*;
- Questa mutua promozione, che sta alla base di ogni dimensione dialogica, si esprime attraverso un lavoro pericoloso, inadeguato, che mai riesce a saturare la propria apertura alla reciprocità: è qui tutta la dialettica della persona, tra *ec-sistentia* e *in-sistentia*, vocazione e invocazione, appello e consenso, dono e scelta;
- La radice di ogni reciprocità, quindi, è nell' *alterità*.

La “noita’” tra gli operatori

- La relazione con questi pazienti difficili e multiproblematici, a doppia potenzialità di ricaduta, tossicomana e psicopatologica, inclini all’agito aggressivo e distruttivo, totali e pervasivi nei legami, cionondimeno labili, sempre sull’orlo della rottura, funamboli sul confine tra la vita e la morte, necessita di una volontarietà e di un’attitudine all’ascolto, all’empatia, alla messa in discussione di se stessi, alla flessibilità che, probabilmente, non tutti gli operatori posseggono

La situazione degli operatori

- Operatori in *burn-out*,
- Operatori cristallizzati nei propri ruoli,
- Operatori rassegnatamente assuefatti al compito istituzionale;
- Operatori che non hanno più voglia di cambiare nulla,
- Operatori attaccati, come naufraghi, al relitto dei loro piccoli privilegi.
- Operatori mobbizzati, delusi, frustrati

Navigare a vista...

- Muoversi in un vuoto di gravità;
- Farsi carico della libertà dai vincoli;
- Adattarsi allo scollamento delle procedure, dei protocolli;
- Inventarsi ogni giorno un pezzo di strada mancante;
- Disegnare mappe e distruggerle, perdersi e ritrovarsi;
- Reggere il carico dell'incontro con se stessi.

Oltre lo scacco

- **Questi utenti si presentano come al terminale di tanti trattamenti falliti;**
- **Ognuno di questi utenti si sente il ricettacolo di tutti i trattamenti falliti;**
- **Continuare ad ingaggiarsi con lui sul piano della patologia e delle procedure convenzionali spesso significa reiterare il fallimento;**
- **Reiterare il fallimento significa spreco di risorse, aumento del danno, perdita esistenziale.**

La cura: tra incontro e destino

- In gioco può esserci la sopravvivenza dell'utente e quella dell'operatore che gli sta di fronte.
- Soggetti sbandati, che hanno perduto l'esame di realtà, che assumono sostanze di tutti i tipi e spesso lo strascico di qualche terapia psicofarmacologica che è stata loro prescritta da qualcuno durante l'odissea della loro peregrinazione clinica, tra SerT, SPDC, CSM, cliniche psichiatriche private e carcere.
- Guardare direttamente al cuore della persona, agli occhi dell'uomo che sta di fronte, alle sue mani, al suo modo di muoversi, al suo linguaggio, cercare i resti del suo progetto di mondo, tra i rottami della sua esistenza mancata o distorta;
- Saldare la relazione tra operatore ed utente ad un livello che garantisce ad entrambi una forte tenuta;

Lo “status nascendi” dell’*équipe*

- L’*équipe* per la presa in carico integrata di questi pazienti funziona meglio se è di nuova costituzione (esperienza dello *status nascendi*) e formata, in modo prevalente, da personale altamente motivato e costantemente seguito in una supervisione molto attenta soprattutto agli aspetti emozionali del contatto interpersonale, oltre che a quelli clinici e culturali.

I “viandanti” della cura

- Quello che questi pazienti cercano, in tale situazione, non è uno “specialista”, quanto, piuttosto, un “viandante”. Qualcosa che ha più a che fare con il dolore dell’esistenza, con il desiderio di trovare, *on the road*, qualcuno che percorra la stessa strada, che porti in posti illusori, dove sia possibile iniziare una nuova vita, dove nessuno sappia chi sei, cosa fai o non fai, cercando dove vi sia qualcuno a cui accompagnarsi, a cui raccontare, essendo creduti, la storia inverosimile della propria vita, la singolarità del mondo allucinatorio e delirante, in una condizione di reciproco anonimato, di parità, che nulla chiede e nulla deve. Sono gli Zampanò e le Gelsomine della vita. Gli Charlot, che con la loro malinconia camminano per le strade del mondo, senza un’attività costante –non saprebbero mantenerla, senza relazioni coinvolgenti –sarebbero carboni ardenti, senza mete –sarebbero beffarde fate morgane.”

Mina Arrigoni Scortecci (1989)

PSICOPATOLOGIA
FENOMENOLOGICA

CLINICA
NOSOGRAFIA

DIAGNOSI

PSICOTERAPIA
DUALE, FAMILIARE E GRUPPALE

PERCORSO
DELLA
CURA

RIABILITAZIONE
PSICOSOCIALE

LABORATORI
E
ATTIVITA'

FARMACO
TERAPIA

ASSOCIAZIONI
SHIFT
WASH-OUT

Il sogno di Patrizia

(1990)

- Ero con tutta la mia famiglia a bordo di una piccola scialuppa che andava alla deriva, come un guscio di noce, tra le immense acque dell'oceano. La barchetta oscillava paurosamente, il mare era molto mosso, le onde altissime. Poi, ad un tratto, la scialuppa affondava e tutti noi precipitavamo negli abissi. Perdevo tutti di vista. Sprofondavo. Annegavo. Morivo. In una lunga e lenta discesa a piombo, in uno spazio senza aria, senza suono, senza luce. Finchè, ad un tratto, dopo non so quanto tempo, mi ritrovavo da sola, *sotto il fondo del mare*, a camminare, in uno spazio bianco, fatto di vuoto, di silenzio, di nulla. Camminavo e camminavo, prigionera del tempo, senza mai più poter incontrare nessuno...”

La “*casa-dietro-il-mondo*” . .

- Quando incontro uno schizofrenico io cerco di insinuarmi in una fenditura, attraverso i diversi sintomi che si mostravano alla superficie, *per penetrare nello spazio segreto che vi era dietro.*
- Io mi trovavo, allora, in un *luogo* che mi appariva *come il mio proprio luogo.*
- Questo spazio segreto era, in fondo, quella “*casa-dietro-il-mondo*” della mia propria esistenza.