

FELICE DI LERNIA

HO PERSO LE PAROLE

Potere e dominio
nelle pratiche di cura



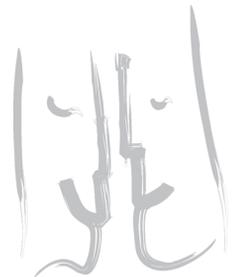
edizioni la meridiana

p r e m e s s e
per il cambiamento sociale

Felice Di Lernia

HO PERSO LE PAROLE

Potere e dominio nelle pratiche di cura



Indice

Introduzione 9

PARTE I – Questioni di potere nelle pratiche di cura

Capitolo 1 – Le pratiche di cura 19

Capitolo 2 – Il potere nelle pratiche di cura 31

Capitolo 3 – Archeologia delle pratiche di cura 49

Capitolo 4 – L'ipotesi antropoietica 61

PARTE II – Ho perso le parole

Capitolo 5 – Le parole come il mondo 75

Capitolo 6 – La metafora come apprendimento 97

PARTE III – Sulla narrazione nelle pratiche di cura

Capitolo 7 – Narrare è un bisogno 113

Capitolo 8 – Inenarrabilità dell'esperienza 121

Capitolo 9 – L'altro narrante 133

Capitolo 10 – Narrare l'altro 151

PARTE VI – La costruzione del soggetto

Capitolo 11 – Pratiche di cura, pratiche di nominazione 161

Capitolo 12 – Molteplicità e possibilità 183

Capitolo 13 – La stanza degli specchi 201

Capitolo 14 – Una relazione che lascia il segno 217

Bibliografia 243

Introduzione

APRIRE E CHIUDERE

Digitando su Google la parola “accabbadoras” si scopre che sono più di cento le pagine che la contengono, la spiegano, la commentano, ecc., ecc. Come spesso succede su internet, si tratta quasi sempre di siti che si rincorrono a vicenda citandosi reciprocamente e rilanciando più o meno le stesse fonti e, dunque, bisogna spulciare tra le pagine per riuscire alla fine ad isolare il grappolo delle fonti originarie ed avere così un quadro quasi completo di questa storia:

La porta si apre e il moribondo dal suo letto d'agonia vede entrare la femmina accabadora. Lei è “l'accoppiatrice”, tanto per rendere comprensibile il termine. È vestita di nero e una delle sue gonne è sollevata a coprirle il viso. È arrivata l'ora. Lui da quel momento sa che l'abbraccio che avrà da quella donna sarà l'ultimo della sua vita. C'è un tempo remoto, che sopravvive nelle memorie anche recenti degli abitanti della Sardegna, in cui tutto questo è assolutamente plausibile. [...] Accabadora dallo spagnolo acabar, terminare o ancor più dal sardo accabaddare può significare incrociare le mani al morto, o ancora mettere a cavallo e quindi far partire. [...] È in Barbagia, nella Sardegna più restia all'onta della civilizzazione, che l'accabadora ha un modo di operare che la rende ancora più vicina a una madre [...] quando operava era come se volesse risucchiare la vittima attraverso la matrice che l'ha generata. [...] E dai ricordi di chi vive da quelle parti sembra che la sterminatrice di moribondi abbia lasciato quasi un fondo di nostalgia per come compiva quell'atto estremo suscitando terrore ed erotismo incollati assieme. La donna si accovacciava dietro al capezzale e stringeva la testa del morente tra le sue gambe. Lo accarezzava e cominciava a cullarlo come fosse un bambino. Gli cantava la stessa ninna nanna che lui si sarà sentito cantare dalla propria madre, quando finalmente l'agonizzante torna infante lei lo uccide con la forma più sensuale di strangolamento. Se non basta lo soffoca con un cuscino¹.

È comprensibile che una tradizione suggestiva come questa susciti il bisogno di narrarla: buona parte delle pagine web censite da Google riferisce di tesi di laurea sulla morte, sulla elaborazione del lutto e sulla eutanasia, ovviamente, che fanno ampio riferimento alle accabbadoras. E nel numero 59 di un fumetto molto di moda, anche il noto eroe ammazza vampiri Dampyr

¹ Nicoletti in www.golem.ilcannocchiale.it.



(una sorta di cugino di Dylan Dog visto che col più famoso personaggio di Tiziano Sclavi condivide l'editore Sergio Bonelli) ne ha incontrata una. Titolo dell'avventura (febbraio 2005): *Le terminatrici*.

Ma quello che a me sembra il vero elemento “spesso” della storia delle accabbadoras, e che nessuno dei blogger e degli analisti (almeno quelli i cui lavori sono accessibili sul web) sembra aver notato, è il loro mestiere:

A modo loro queste donne conoscevano perfettamente l'anatomia umana, erano “praticas”, levatrici curatrici e anche capaci di uccidere con metodo e precisione².

Il mestiere di dare la vita e il mestiere di toglierla. Quale potere è più grande? E in mezzo a questo aprire e chiudere, il mestiere di curare: “persone pratiche di medicina popolare ‘praticas’, si avvalevano principalmente di scongiuri, di rituali e talora anche di infusi impiastri o decotti fatti con erbe o sostanze conosciute solo a pochi”³. E poi ancora: *cacciatrici* di denti, *attittadoras* (allattatrici, “perché solo chi sa dare la tetta a un bimbo per nutrirlo, è capace della dolcezza estrema di un trapasso assistito”⁴), e... “le altre cose”.

STUPIDITÀ E INQUIETUDINE

Quando, per la prima volta e non per caso, mi fu segnalata la storia delle accabbadoras intuì che questa figura, apparentemente inquietante, costituiva in realtà una formidabile formula retorica: in essa il miracolo della vita e lo scandalo della morte non residuano come opposti ed entrambi possibili esiti, ma si danno davvero e direttamente come estreme performance dell'arte di curare. In essa la vita e la morte sono terribili metafore agite della possibilità concessa e negata per mano del sapere (“conosciute solo a pochi”). In essa si esplicita icasticamente l'ambiguo sentimento (attesa/timore, amore/odio, gratitudine/risentimento) che ciascuno prova nei confronti di chi, disponendo per il bene,

² Ibidem.

³ Gregorio, Castaldi, in www.bambinoprogettosalute.it.

⁴ Nicoletti, *op. cit.*

può dunque anche necessariamente disporre per il male. L'esperienza diretta di questo sentimento sta all'origine di questo mio lavoro che qui introduco. Un lavoro che ha molte origini.

Innanzitutto: mi sembra che proprio questa ambivalenza, che pure caratterizza e attraversa le pratiche di cura ad ogni latitudine, sia stata sinora, al di là di alcuni studi ormai classici, poco approfondita o comunque messa poco a disposizione degli addetti ai lavori. La consapevolezza di questa ambivalenza, insomma, non sta nel patrimonio della riflessione e della riflessività di chi per professione si prende cura degli altri.

Essa incombe sulla questione come conseguenza/corollario di una condizione/tesi più generale: il rapporto di cura è un rapporto ontologicamente agito in faticoso equilibrio tra potere e dominio. V'è, in chiunque si sottoponga/sottometta a un rapporto di questo tipo, una ignara consapevolezza di questo dato di realtà, ed è da questa che scaturisce l'ambiguo interrogativo: la cura come promessa o la cura come minaccia?

Il dilemma è viscerale ed è, al fondo, strettamente legato al sentimento di base dal quale entrambe le domande prendono le mosse e nel quale solo può radicarsi il germe del dominio: la paura.

Lo testimonia la fatica che fa la gente comune ad affidarsi al buio, completamente e sinceramente, al soggetto che cura: si pensi alle resistenze, variamente elaborate, a fare un percorso psicoterapeutico, alla sensazione di vulnerabilità che immancabilmente assale all'atto di darsi con la propria autenticità; si pensi alla ricorrente pratica del secondo e terzo e quarto consulto specialistico e alla mistica delle migrazioni terapeutiche "che la salvezza viene sempre da lontano"; si pensi al vezzo di cercare per i propri figlioli la maestra-quella-brava-che-ha-un-buon-metodo.

Seppur adeguatamente occultato o camuffato sotto mentite spoglie, il tema del potere è parte integrante della formazione accademica e della organizzazione corporativa di medici, psicologi, pedagogisti, educatori, insegnanti e assistenti sociali. Non solo: la *volontà di potere* è alla base di qualunque vocazione professionale di questo tipo. Se così non fosse, ciascuno di questi mestieri non avrebbe ragione di esistere, come spiegherò nella prima

parte di questo lavoro, giacché è proprio nell'esercizio del potere che essi traggono la loro ragione di esistere. E allora anche da questa parte della relazione è fortemente diffusa un'angoscia: lo scrupolo del potere o la seduzione del potere?

Perché, in ogni caso, il potere non lascia indifferenti. In *Per la critica della psicoanalisi* Karl Jaspers inizia con un distinguo la sua scientifica arringa:

Oggi vi sono psicoterapeuti interiormente indipendenti, che amano l'uomo e desiderano essergli d'aiuto. In maniera ogni volta unica e personale fanno razionalmente quanto possibile. Usano anche metodi psicoanalitici, senza però divenirne schiavi. Non piegano all'organizzazione e alla tecnica ciò che rimane sempre di pertinenza della comunicazione storica di singoli uomini. Sono abituati dalla scienza naturale alla conoscenza chiara e la tengono sempre presente come fondamento di ogni terapia. Non è di loro che qui si deve parlare.

Di chi non si deve qui parlare, secondo Jaspers? Di coloro che trattano con scrupolo il potere che maneggiano, evidentemente. Uno scrupolo la cui matrice esistenziale è l'inquietudine, la stessa inquietudine che Wittgenstein prescrisse per un'arte molto affine a quella del curare:

L'attività filosofica doveva presupporre un doppio disagio: verso se stessi e verso il proprio mondo. In primo luogo, "inquietudine verso se stessi". [...] In secondo luogo "inquietudine verso il proprio mondo", verso i miti della propria cultura⁵.

Ecco allora che la questione non è data dalle competenze o dalle qualità, ma dall'atteggiamento nei confronti del potere. L'uso che se ne fa è la vera questione che qui si intende sviluppare, una questione che in sé esaurisce l'argomento giacché, per potersi esprimere, deve dare per scontate competenze e qualità. Ed è così che procederò nel lavoro che segue: riferendomi alla deriva mi rivolgo in realtà alla corrente e al suo vigore, la cui esistenza non invoco ad ogni piè sospinto accettando il rischio del fraintendimento delle mie intenzioni. Ha senso parlare dell'inquietudine allo stupido? No, per lo stesso motivo per cui quello stupido non andrà mai in *burn-out* (perché *loos of problem* e perché vaccinato dal potere). Mi sembra sia più utile parlare della stupidità all'inquieto, che vive col *burn-out* dietro le spalle.

⁵Sobrero, 1999, p. 24.

ACCOMPAGNARE E PORTARE

Parafrasando Jaspers potrei dire che vi sono, anche oggi, molti professionisti vittime di una sorta di fraintendimento epistemologico: invece di prendere sul serio le cose che fanno, prendono sul serio se stessi. Non è un equivoco da poco. Non sono in gioco soltanto il *focus* e il *locus* del controllo del potere, è in gioco e viene meno il contatto stesso tra le parti della relazione, la possibilità/capacità di connessione, l'interfaccia. C'è, in questa postura relazionale, una tendenza all'autoerotismo professionale che impedisce una relazione matura.

Nell'atto del prendersi cura dell'altro si attua il servizio dell'*akolouthia*:

Secondo l'etimologia e secondo l'uso, l'accolito accompagna allo scopo di seguire e di assistere. È un soggetto attaccato, che segue l'altro, lo ascolta e a lui si accorda come la sua ombra. *Assiste* in un doppio senso: è presente e aiuta, sostituisce⁶.

Sviluppando questa suggestione presa in prestito da Jacques Deridda, nella incapacità di farsi da parte, di mettersi a lato, nella tendenza a porsi al centro della relazione di cura, l'altro e la materia sono esposti al forte rischio di un potere degenerato in dominio, di un potere privato del suo flusso benefico. Al rischio di una interruzione:

L'*anakolouthia* definisce generalmente la rottura nella consequenzialità, l'interruzione nella sequenza stessa, all'interno di una sintassi grammaticale o in un ordine in generale, in un accordo, quindi anche in un insieme, quale che sia, diciamo in una comunità, una partnership, un'alleanza, un'amicizia, un essere-insieme: una compagnia o una corporazione. [...] Non è necessario mobilitare tutte le risorse della semantica o dell'etimologia per associare la figura dell'*accolito*, che accompagna, al suo negativo, l'*anacoluto*, che non accompagna⁷.

Il confine tra potere e dominio si gioca, allora, sul discrimine tra accolito e anacoluto: sulla scelta-capacità-possibilità di accompagnare. La scuola, ad esempio, insegna a non fare errori, che vuol dire in altri termini che *non accompagna nell'errore*. E siccome

⁶ Deridda, 2006, pp. 48-49.

⁷ Ibidem.



l'errore è cambiamento, la conseguenza è che la scuola non accompagna nel cambiamento. Per questo la scuola è il luogo proprio del dominio. La scuola non accompagna ma porta. L'anonimo non accompagna ma porta. Chi si prende troppo sul serio non accompagna ma porta. Il potere accompagna. Il dominio porta.

MERCANTI E SACERDOTI

Ogni pratica di cura si iscrive e si inserisce in un sistema di dislivelli culturali, economici e sociali che va ben oltre se stessa e che, trascendendola, la informa. De Martino ha scritto:

[...] le differenze di valori e di linguaggio fra le classi sociali è di grande importanza per lo studio dei disturbi mentali [...] "sia le diagnosi che la psicoterapia possono essere seriamente compromesse dalle barriere di comunicazione che vi sono fra uno psichiatra della classe media e un paziente della classe lavoratrice". La stessa pratica psichiatrica può trovarsi dunque di fronte ad un ostacolo serio, e lo psichiatra è costretto a sospendere ad un certo momento il giudizio sulle motivazioni di un individuo il cui sfondo socio-culturale non gli sia abbastanza noto. In rapporto a queste impostazioni esiste un pericolo che è necessario ricordare. Esso è dato dalla tendenza ad affrontare determinati problemi di struttura sociale relativizzandoli e soggettivizzandoli all'interno degli individui, per poi tentare di risolverli esclusivamente in chiave psicologica con l'aiuto delle moderne tecniche di gruppo o della psicologia clinica⁸.

Cinquanta anni dopo queste parole di De Martino risuonano profetiche: privatizzazione del dolore, buonismo *politically correct*, accanimento psicologico e medicalizzazione della condizione esistenziale sono le forme dell'attuale pensiero egemonico che, riducendo al silenzio qualunque analisi del rapporto salute/cura in chiave di conflitto sociale, traduce il discrimine tra bene e male nel discrimine tra salute e malattia. È la declinazione organicistica dell'insopprimibile aspirazione al controllo sociale. Nel suo piccolo, questo lavoro aspira proprio a sdoganare il discorso politico della salute e della cura e a dissacrare, trascinandoli in questa discussione eretica con i mercanti, i sacerdoti del tempio. Dotti, medici e potenti.

⁸De Martino, 2002a, p. 292.

VOLONTÀ E SOGGETTO

“Ho perso le parole, o forse sono loro che perdono me.”

In un anno di notti e di tastiera, a me è capitato spesso di restare perso dalle parole. Perché, questa è la mia verità, sono le parole che costruiscono le occasioni, che creano il senso, che istruiscono le pratiche. La parola, ogni parola, ha una sua volontà e per questo la parola è un soggetto.

“Ho perso le parole, eppure ce le avevo qua un attimo fa.”

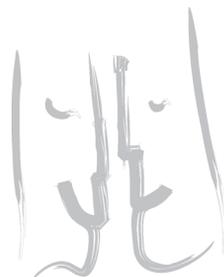
In ultimissima analisi questo lavoro, in fondo, è dedicato a ciò che alla fine resta: le parole.

Le parole per curare e le parole per curarsi.



1.

Le pratiche di cura



COMPRENDERE E SEMPLIFICARE

1.1

Ci sono esperienze che, a dispetto delle loro reali caratteristiche intrinseche, appaiono semplici agli occhi di chi le vive. È probabile che ciò accada a causa della loro pervasività nella vita quotidiana, del loro carattere universale, della loro presenza in ogni epoca storica, della loro apparente “elementarità”. Soprattutto quest’ultima caratteristica dell’essere particolarmente “elementari” conferisce, alle esperienze in questione, quella patente di familiarità che è la prima responsabile della diffusa semplificazione cui sono sottoposte anche dagli addetti ai lavori.

Questa idea di stretta parentela ha origine nella più antica ed elementare delle esperienze umane: la cura materna. Questa, infatti, potrebbe essere considerata archetipica rispetto a tutte le esperienze di cui qui trattasi, pur non potendo essere considerata esattamente una di esse.

Le pratiche di cura, è questo l’oggetto del nostro discorso, si pongono infatti in un campo di azione che è loro specifico; campo di azione che è necessario che io circoscriva in via preliminare.

Il problema della semplificazione della realtà è strettamente connesso allo sforzo che l’uomo compie nel tentativo di comprendere la realtà stessa: semplificare per conoscere, potremmo dire.

“La realtà è sempre complessa; renderla semplice è piuttosto compito dello scienziato”: questo precetto di Gluckman¹ al quale qui sto facendo esplicito riferimento è contemperato dalla susseguente ammonizione dello stesso Gluckman a “cercare la semplicità e a dubitare di essa”². Infatti, se è vero che la semplificazione è un procedimento della conoscenza e non una caratteristica dell’oggetto di studio³, è anche altrettanto vera la tendenza di molti operatori a cercare conforto nella pretesa semplicità di alcuni segmenti della realtà, con una sorta di riduzionismo tranquillizzante che consente di dedicarsi maggiormente, se non completamente, a quelle questioni di metodo che, normalmente, vengono agite dentro un quadro di realtà dato una volta per tutte, dentro una realtà semplificata.

¹ Gluckman citato da Sobrero, 1992, p. 107.

² Ivi, p. 104.

³ Sobrero, 1992, *op. cit.*, p. 108.



Va detto, in verità, che anche in presenza di una corretta *epistemologia della semplificazione* come procedimento per la conoscenza, resta in agguato il rischio di una sorta di amnesia processuale che trasforma suo malgrado in semplicistico ciò che, semmai, appare semplice solo perché reso volutamente tale da uno specifico lavoro di chiarificazione. Insomma, come direbbe Sobrero⁴, confondere la semplificazione con la semplicità, significa confondere il momento della conoscenza con il dato della realtà.

Ma nell'equivoco semplificatorio cade molto spesso il lavoro di numerose discipline umanistiche che, studiando le umane vicende nella loro inevitabile complessità, collocano queste ultime in specifiche prospettive, le ordinano secondo categorie generalizzanti, le interpretano⁵. In una parola: le semplificano.

Dato uno specifico insieme di eventi, ciascuna disciplina semplificherà alcune e solo alcune relazioni tra quelle che mettono gli eventi stessi in collegamento tra di loro: ad ogni realtà, intesa come insieme di eventi, corrisponderà, dunque, un numero di possibili semplificazioni pari almeno al numero delle discipline che tentano di conoscerla. Più probabilmente, le semplificazioni saranno ben più numerose delle stesse discipline ufficialmente considerate come tali.

Procedure astrattive, come le definisce Sobrero, gravide del rischio della perdita. Rispetto alla concreta messa in atto delle procedure astrattive, Sobrero evidenzia tre alternative che, in linea di massima, uno studioso ha a disposizione:

[...] può limitare al massimo il suo campo d'analisi e moltiplicare l'intensità della sua ricerca nella sola prospettiva antropologica; può estendere la sua ricerca verso altre prospettive appellandosi all'autorità dei suoi colleghi; può tentare egli stesso di governare la complessità delle variabili esterne⁶.

Anche io intendo operare, in questa sede, un processo di semplificazione finalizzato alla maggiore conoscenza di una esperienza reale, le pratiche di cura, e di alcuni suoi aspetti peculiari.

Per fare ciò esplicherò le mie procedure astrattive e, ancor prima, dichiarerò la mia scelta rispetto alle alternative che mi si pongono nella concreta messa in atto delle suddette procedure.

⁴ Ibidem.

⁵ Gluckman citato da Sobrero, 1992, *op. cit.*, p. 108.

⁶ Sobrero, 1992, *op. cit.*, p. 115.

IL CAMPO DI ANALISI

1.2

Per quanto mi riguarda, in questo lavoro limiterò al massimo il campo di analisi cercando di moltiplicarne l'intensità:

L'errore non sta nel chiudere i sistemi, ma nel dimenticare di averli chiusi, l'errore non sta nel lavorare in laboratorio, isolando per quanto possibile la realtà analizzata, ma nel dimenticarsi di essere andati, appunto, a lavorare in laboratorio, nel confondere il laboratorio con la realtà⁷.

Il tema della mia ricerca è dato da pratiche in uso presso altri ambiti scientifici, da pratiche le cui ideologia e metodologia sono appannaggio di ben altre discipline accademiche. Si tratta, quindi, di un laboratorio nel quale è osservata una realtà che è delimitata nello spazio e nel tempo ma che, paradossalmente, appartiene ad altri laboratori. Mi impegnerò, dunque, ed è questa la mia seconda opzione (che corrisponde alla terza possibilità evidenziata da Sobrero), a tentare di governare io stesso la complessità derivante dalle variabili esterne.

Il mio interesse antropologico, l'ho già accennato più volte, è per quella particolare esperienza di relazione finalizzata che sono le pratiche di cura. Con l'espressione "pratiche di cura" (d'ora in poi riportate come pdc) intendo descrivere pratiche che derivano da specifiche relazioni aventi le seguenti caratteristiche fenomenologiche di base:

- Condizione A = Ad essere in relazione sono due parti (non necessariamente due persone), potremmo dire due ruoli o due status.
- Condizione B = Queste due parti sono in gioco dentro un campo di azione il cui senso è noto al contesto di immersione della relazione.
- Condizione C = La relazione è asimmetrica in quanto le due parti non sono in posizione di reciprocità.
- Condizione D = Compito esplicito di una delle due parti è favorire il cambiamento evolutivo dell'altra parte in una qualsiasi dimensione della sua esistenza.
- Condizione E = A tale compito è culturalmente attribuita una valenza "professionale".
- Condizione F = È sufficiente e necessario che le suddette condizioni siano note alla sola parte che cura.

⁷ Ivi, p. 116.



Stanti queste caratteristiche, è possibile circoscrivere ulteriormente il campo della ricerca specificando che le relazioni delle quali intendo discutere si instaurano in ambito medico, psicoterapeutico, pedagogico e didattico.

È chiaro, allora, che in questo mio lavoro dovrò fare i conti con informazioni e teorie che provengono da altre specifiche discipline scientifiche come la medicina (per la relazione medico-paziente), la psicologia (per la relazione psicoterapeuta-cliente), la pedagogia (per la relazione educatore-educando), la didattica (per la relazione insegnante-allievo).

Concludo questa necessaria operazione preliminare di circoscrizione del mio campo di studio antropologico, precisando che non mi occuperò delle pdc in generale ma ne metterò a fuoco un solo aspetto, compiendo una esplicita scelta di astrazione del suddetto aspetto dal fenomeno più generale. Il focus specifico è dato dalle implicazioni di potere agite dentro le pdc.

1.3 PER UNA ANTROPOLOGIA DELLE PRATICHE DI CURA

La mia proposta di una *Antropologia delle pratiche di cura* si colloca, evidentemente, nell'alveo più generale della Antropologia Medica (in particolare della cosiddetta Antropologia Medica "at home"⁸) della quale vuole essere, in qualche modo, una specificazione estensiva.

Specificare ed estendere: può sembrare un ossimoro, ma non lo è. È mia convinzione che esista una contiguità stretta tra le matrici antropologiche della biomedicina occidentale e quelle delle altre discipline indicate, anche tra culture diverse e nello sviluppo delle differenti epoche storiche.

Si tratterebbe, in fondo, di individuare un comune denominatore che consenta di ricondurre a una le diverse relazioni professionali, di circoscrivere e individuare una categoria antropologica comprensiva delle diverse pratiche: l'Antropologia delle pratiche di cura è, appunto questo, una categoria più estensiva che tiene in sé le differenti relazioni di cura, ma anche sotto-categoria specifica della Antropologia Medica.

⁸ Seppilli, 2003.

Sono numerosi gli esempi di studi che, almeno pare, si pongono il medesimo obiettivo. Ne ricorderò soltanto due: nel maggio del 2003 si tenne a Casole d'Elsa l'annuale convegno organizzato dal Centro Internazionale di Studi sul Religioso Contemporaneo che, in quella occasione, fu intitolato "Prima di tutto star bene: salute e salvezza nel mutamento culturale". Gli atti del convegno, curati da Fabio Dei⁹, costituiscono una illuminante estensione concettuale del paradigma della salute verso altri territori semantici. Ancora prima, nel 1999 a Siena, l'Associazione "Antropologia e mondo antico" ha tenuto il suo convegno annuale invitando numerosi studiosi a discutere sul tema "Insegnare e guarire. Antropologi e classicisti a confronto su medici, pazienti, docenti, discendenti". In questo caso è ancora più evidente la traccia segnata sull'asse medicina-istruzione e il contributo di Alessandro Lupo, pubblicato su AM dell'ottobre dello stesso anno, anticipa efficacemente alcune suggestioni riprese più estensivamente sugli atti del convegno pubblicati sul n. 4 de "I quaderni del ramo d'oro"¹⁰.

PRATICHE NON TEORIE

1.4

La scelta di prestare attenzione alle "pratiche" di cura non è casuale. Occuparsi delle "teorie" di cura significherebbe, infatti, occuparsi del "come le relazioni di cura dovrebbero essere". Le pratiche, invece, si danno nel concreto agire delle relazioni, nel "come realmente sono". Non mi interessa, cioè, sviluppare qui una "grammatica" delle relazioni di cura, quanto seguirne i diversi sviluppi "linguistici": opto per un approccio descrittivo, piuttosto che prescrittivo. Perché a discutere di teorie si rischia sempre di perdersi nella ricerca di una coerenza teoretica fine a se stessa. Lo studio delle pratiche, invece, lungi dal configurarsi come accanimento fenomenologico, consente di agganciare la riflessione complessiva ad un livello di analisi che è fondamentale nel ragionamento sulla cura delle persone.

A mio avviso, infatti, le pratiche si costituiscono quali "implicazioni" concrete di idee "implicite". La relazione, il tipo di vincolo

⁹ Dei, 2004.

¹⁰ Lupo, 1999.



finalistico che lega le due parti, sarebbe quindi costituita da tre diversi livelli di significato: a monte un grappolo di saperi impliciti, a valle una pratica concreta, sullo sfondo una teoria di riferimento. Mentre monte e valle stanno, tra loro, in un collegamento necessario, la teoria resta sullo sfondo come una scenografia: può essere adeguata allo scopo di “giustificare” le pratiche, può risultare congruente con lo spirito di queste, può addirittura rivelarsi efficace nel contribuire al raggiungimento dello scopo, ma resta, in ogni caso, legata alle pratiche da un nesso di tipo arbitrario.

I saperi impliciti costituiscono, sia chiaro, un patrimonio “indiscutibile”. Esso, cioè, non è disponibile per la discussione, non è in questione, non è all’ordine del giorno, e non per una precisa volontà di esclusione, ma perché normalmente se ne sconosce l’esistenza. Compiendo una certa forzatura strutturalistica, potremmo dire che tra lo studio delle relazioni di cura e lo studio delle pratiche di cura corre la stessa differenza che corre tra la storia e l’etnologia nella suggestione di Lévi-Strauss: “L’etnologo si interessa soprattutto a ciò che non è scritto”, ciò di cui esso si occupa è “diverso da tutto quello che gli uomini pensano solitamente di fissare sulla pietra e sulla carta” (come una legge, appunto, come il *dover essere* teoricamente sancito per il metodo delle relazioni di cura), la storia organizza “i suoi dati in base alle espressioni coscienti, l’etnologia rispetto alle condizioni inconscie della vita sociale”¹¹.

Lo studio delle pdc avrebbe, quindi, uno statuto etnologico. Possiamo, allora, azzardare l’affermazione che lo studio delle pdc è uno studio *propriamente* antropologico. Mi conforta in questo azzardo ciò che Foucault scrisse dell’antropologia:

[...] occupa un posto privilegiato nel nostro sapere. Non perché abbia realizzato il vecchio progetto di essere realmente scientifica. Quanto perché costituisce senz’altro, ai confini di tutte le conoscenze dell’uomo, un tesoro inesauribile di esperienze e di concetti, e soprattutto un perpetuo principio di inquietudine, di problematizzazione, di critica e di contestazione di ciò che altrove poteva sembrare acquisito¹².

Acquisito, scritto sulla pietra o sulla carta, giurato ad Ippocrate o al proprio ordine professionale.

¹¹ Lévi-Strauss citato da de Certeau, 2005, p. 30.

¹² Borutti, Fabietti, in de Certeau, *op. cit.*, p. XXXI.

Foucault definisce “archeologia” lo studio dei saperi impliciti: “un campo di ricerca il cui oggetto è costituito dal sapere implicito che rende possibile la comparsa delle teorie, delle opinioni e delle pratiche”. Questo sapere implicito costituisce un “a priori” storico e concreto, un insieme di “condizioni che definiscono [...] il dominio della sua esperienza e la struttura della sua razionalità” o, ancora, “le condizioni di possibilità dell’esperienza”¹³. Strettamente collegato a questo è il concetto foucaultiano di “episteme” che Elisabetta Manini riprende all’interno di uno studio su anoressia e *lesbianism*:

[...] lo spazio epistemologico specifico di un determinato periodo, una forma generale di pensiero e di formulazione delle teorie che determina “quali idee poterono apparire, quali scienze costituirsi, quali esperienze riflettersi in filosofia, quali razionalità formarsi, per subito, forse, dissiparsi e svanire”¹⁴.

Molti professionisti sono indotti a credere, dalla loro tranquillizzante sicumera, che sia la teoria la fonte di ogni pratica o esperienza. È invece l’*a-priori* a dettare le condizioni di possibilità, anche della teoria stessa.

Sia chiaro che, come allerta Foucault, lo studio dell’implicito non ha mire di tipo prescrittivo: avendo gli *a-priori* innanzitutto carattere storico, si impone la sospensione di ogni giudizio sul valore di verità degli oggetti archeologici.

Pratiche, dunque, piuttosto che teorie perché più direttamente espressione, queste, degli *a-priori* di ciascun attore, individuale o collettivo; perché queste, e non le teorie, ci consentono di indagare in maniera più veritiera quei saperi impliciti che costituiscono la matrice antropologica di ogni *pd.c.* Pratiche piuttosto che teorie. La pensa così anche Foucault:

Deriva da qui il terzo principio metodologico: scegliere, come ambito di analisi, le “pratiche”, affrontare lo studio attraverso quello che “si faceva”. Per esempio, che cosa si faceva dei folli, dei delinquenti o dei malati? [...] Le “pratiche”, intese insieme come modo di agire e di pensare, offrono la chiave d’intelligibilità per la costituzione correlativa del soggetto e dell’oggetto¹⁵.

¹³ Sorrentino, in Foucault, 2005, p. XIV.

¹⁴ Manini, in Barbetta, 2005, p. 106.

¹⁵ Foucault, *op. cit.*, p. 4.

L'oggetto (della conoscenza, della cura) e il soggetto (che conosce, che cura) si danno tra loro a partire da una pratica di cura, dunque, che li costituisce piuttosto che esserne costituita: si è medici in quanto e per come si sta in una concreta pratica e avendo fatto propria una qualche ideologia di cura, e non viceversa (non si sta in una concreta pratica perché si è medici e perché si è fatta propria una qualche ideologia di cura). In questa inversione epistemologica sta tutto lo scandalo della tradizione ermeneutica classica che assume il soggetto che cura (che "conosce" – nel senso che studia – l'altro da sé) come scaturigine della relazione e di ogni possibilità in essa implicita. Laddove, invece, il soggetto (che cura) e l'oggetto (culturale) costituiscono l'implicazione, l'agito di un sapere implicito e a-priori.

1.5 DELL'ESPERIENZA

La conoscenza rappresenta il primo passo, ma solo il primo, di un percorso ermeneutico che garantisce (o promette soltanto senza mantenere) risultati maggiori, più efficaci e più a lungo termine. Il processo di conoscenza di un fenomeno non implica, non mette in gioco, l'osservatore, il conoscitore; inaugura, semmai, la relazione tra loro ma non li evolve in qualcosa di più, non li trasforma e, non trasformandoli, non li trascende. La conoscenza che basta a se stessa è una forma di pigrizia teleologica, una inibizione difensiva della pulsione ad andare oltre l'apparenza del fenomeno.

Dato un certo fenomeno sono possibili a mio avviso tre livelli diversi e successivi di accesso ad esso: la conoscenza; la comprensione; la consapevolezza. L'esperienza di ciò che è "altro-da-me" può, cioè, essere scandita dall'attraversamento di queste tre fasi che, pur essendo propedeutiche tra loro, nel caso di esperienze particolarmente fatali possono essere attraversate d'un sol passo: lo straniero che è davanti a me parla una sua lingua ed io conosco che non si tratta dell'italiano; se conosco la sua lingua, ebbene è possibile che io possa anche comprendere ciò che mi sta dicendo, il "suo" significato delle sue parole; se questa possibilità di comprensione stimola in me un atto riflessivo, se cioè sarò

capace di collocare me stesso rispetto a ciò che lo straniero sta dicendo, ponendomi in relazione con ciò che sta dicendo, allora sarò anche consapevole del significato che hanno per me le sue parole, sarò consapevole del “mio” significato delle sue parole. Farò un esempio più concretamente riferibile alle pdc: la recidiva di una persona tossicodipendente avuta in cura per un lungo periodo. Al primo livello di accesso a questa esperienza io sarò in grado di ri-conoscere la sua ricaduta grazie ad una serie di indicatori oggettivi e/o soggettivi, compresa l'applicazione di alcune procedure standard che mi consentono di esprimere una diagnosi. Al secondo livello io sarò in grado di comprendere le dinamiche intrapsichiche e/o relazionali che hanno favorito o provocato la ricaduta ed anche di comprendere la spiegazione della ricaduta che egli dà a se stesso. Al terzo livello io sarò anche consapevole di ciò che questa sua ricaduta significa per me, del mio vissuto di fallimento, per esempio, o della mia frustrazione, oppure del mio atteggiamento compulsivo di sfida, o anche del mio accanimento terapeutico. Soprattutto potrei essere consapevole di quanto questa relazione, che ha sullo sfondo una teoria ma ha a monte una idea a-prioristica di salute, mi trasforma, mi costituisce come soggetto che cura o, se vogliamo, mi trasforma in un nuovo soggetto che cura, mi traspone in una nuova relazione. La familiarità con il mettere se stessi dentro i fenomeni, con il collocarsi rispetto ad essi, l'esperienza della propria consapevolezza, abitua e abilita alla escursione emotiva che consegue dal non considerarsi più a-prioristicamente irrelati, e favoriscono la condizione ideale di chi difficilmente si stupisce (stupore come sospensione, interruzione, arresto) e proprio per questo sa incantarsi dell'umano, perché conosce il brutto che sta dentro le cose belle e il bello che sta dentro le cose brutte. E sa che bello e brutto pur essendo punti certi dentro di sé, sono in realtà una convenzione, un sapere implicito.

Questa circolarità ermeneutica e maieutica è stata mirabilmente descritta, seppur da un altro punto di vista e per dire altro, da R.D. Laing il cui pensiero potrebbe essere sintetizzato proponendo l'esistenza di tre forme di esperienza: l'esperienza-esperienza, l'esperienza-cognitiva e l'esperienza-emotiva. L'attraversamento di questa triade esperienziale (l'aver fatto un'esperienza, aver compiuto una riflessione su quell'esperienza, l'essere entra-



ti in contatto col vissuto provocato da quella esperienza) comporta una trasformazione vera del soggetto che esperisce. Non a caso Laing parla di “esperienza egoica” per dire di una modalità di sperimentare

il mondo e se stessi sulla base di una salda identità, di un io-qui contrapposto ad un voi-là, in un tessuto di determinate strutture fondamentali dello spazio e del tempo, condivise dagli altri membri della loro società. [...] Questa esperienza ancorata all'identità, vincolata allo spazio-tempo [...] a causa delle conferme e dei consensi che assicura tra i nostri simili, ci dà un senso di sicurezza ontologica la cui validità, secondo quanto *sperimentiamo*, si sostiene da sé, nonostante il fatto che noi sappiamo bene [...] come questo valore apparentemente assoluto non sia che un'illusione. Sta di fatto che tutte le religioni e tutte le filosofie dell'esistenza concordano nel dire che questa *esperienza egoica* è un'illusione preliminare, una cortina, un velo di Maja; essa è un sogno per Eraclito e per Lao-Tse, costituisce l'illusione fondamentale dell'intero buddismo, uno stato di sonno, di morte, di follia socialmente accettata, uno stato intrauterino nel quale si muore e dal quale si deve nascere.

E parla, invece, di “esperienze trascendentali” per dire che sono

la sorgente originaria di tutte le religioni [...]. Chi passa attraverso la perdita dell'io, le esperienze trascendentali, può esserne o meno turbato, ed in modi diversi, sicché sarebbe legittimo considerarlo pazzo [...]. Per un individuo l'esperienza dell'essere assorbito in qualcosa, mentre per gli altri è semplicemente malato di follia, può essere una vera e propria manna dal cielo: l'intera vita di costui può essere mutata [...] accade che l'individuo può venire a contatto con altri mondi, che sono “reali” in modi diversi da come lo sono le plaghe più familiari dei sogni, dell'immaginazione, della percezione, o della fantasticheria¹⁶.

La mia speranza è che chi legge questo lavoro possa provare una, se pur minima, emozione; giacché a mio avviso il *continuum* sinora descritto può essere sintetizzato come segue:

emozione / esperienza / apprendimento / cambiamento

Laddove “cambiamento” non è inteso nel senso del “diventare migliori” ma nel senso di “cogliere la trasformazione” in sé, di prendere atto di un trascendimento che prescinde dalla volontà di chi lo esperisce. Semplicemente consegue.

Questa consapevolezza, questa forma dell'essere pienamente presenti alla relazione di cura, è il modo riflessivo di chi comprende di “essere” dentro una “pratica” piuttosto che “avere” una “teoria”.

¹⁶ Laing, 1968, pp. 137-138.

L'umanità è "oggetto di cure" continue, fin dalle origini [...]. La "cura", il prendersi cura, è precisamente la "cultura" di cui parlano gli antropologi; e la cultura è in prima istanza "cura dell'umanità"; è un "fare" umanità prendendosi cura di essa; è un fare esseri umani provando, ricercando e accudendo la loro umanità.

Francesco Remotti

La cura come promessa o la cura come minaccia? Il dilemma è viscerale ed è, al fondo, strettamente legato al sentimento di base nel quale si radica il germe del dominio: la paura.

Il rapporto di cura è un faticoso equilibrio tra potere e dominio.

Costa fatica affidarsi al buio al soggetto che cura: una sensazione di vulnerabilità immancabilmente assale nell'atto di darsi con la propria autenticità.

Seppur adeguatamente occultato o camuffato sotto mentite spoglie, il tema del potere è parte integrante della formazione accademica e della organizzazione corporativa di medici, psicologi, pedagogisti, educatori, insegnanti e assistenti sociali. Non solo: la volontà di potere è alla base di qualunque vocazione professionale di questo tipo. È proprio dall'esercizio del potere che queste funzioni traggono la loro ragione di esistere. Ecco allora che la questione cruciale non è data dalle competenze o dalle qualità, ma dall'atteggiamento nei confronti del potere. L'uso che se ne fa è il tema centrale che queste pagine, con inconsueto coraggio e acuta profondità di analisi, affrontano. Il confine tra potere e dominio si gioca sulla scelta-capacità-possibilità di accompagnare. La cura che insegna, come la scuola, a non fare errori non accompagna nell'errore. E siccome l'errore è cambiamento, la conseguenza è che la cura, come la scuola, non accompagna nel cambiamento. Diviene il luogo proprio del dominio. Chi si prende troppo sul serio non accompagna ma porta. Il potere accompagna. Il dominio porta.

Felice Di Lernia, antropologo, da oltre venti anni si occupa di pratiche di cura in ambito medico, socio-sanitario, psico-pedagogico e scolastico. Formatore senior, supervisore e consulente, coordina il Centro Studi Télós della Comunità Oasi 2 che ha fondato nel 1986 e della quale oggi è direttore scientifico. È Presidente di Nova Onlus – Consorzio Nazionale per l'Innovazione Sociale.

Euro 20,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-040-9



9 788861 530409