

ESAE
Scuola Regionale per Operatori Sociali
P.za Castello, 3
20121 Milano

**L'OMBRA DEL POTERE
NELLE PROFESSIONI D'AIUTO**

Skyggen av kraften i hjelpyrkene

Relatore: Dr. Andrea Zara

Allievo: Francesco Casali

Anno Formativo 2000/2001

QUALIFICA di EDUCATORE PROFESSIONALE

A Barbara

Indice

Indecs

Presentazione	7
Ringraziamenti	13
<i>Capitolo I</i> Motivazioni alle professioni d'aiuto	17
<i>Capitolo II</i> Il potere dell'assistente sociale e la filosofia dell'illuminismo	31
<i>Capitolo III</i> Il potere del medico e l'aspetto salvifico della medicina	45
<i>Capitolo IV</i> Archetipo guaritore-paziente. Un'analisi nel campo del medico	63
<i>Capitolo V</i> Dall'archetipo guaritore-paziente all'archetipo adulto sapiente - bambino ignorante: l'insegnante	75

<i>Capitolo VI</i>	
L'educatore professionale tra desiderio operativo ed impotenza operativa	85
<i>Capitolo VII</i>	
Psicoterapeuta e analista: tra medico e sacerdote	115
<i>Capitolo VIII</i>	
Eros	135
Bibliografia e Filmografia	149

Presentazione

Framstilling

L'argomento di questo mio lavoro riguarda il potere, un potere tutto particolare, quello cioè di chi assiste, cura, si prodiga, dà; il potere che spesso si accompagna al camice bianco, concreto o metaforico che sia, del professionista della relazione d'aiuto e al quale in genere si attribuisce valore simbolico di sacrificio, altruismo, sensibilità.

La maggior parte delle professioni è, in un modo o nell'altro, al servizio della salute e del benessere dell'uomo, tuttavia le attività del medico, del sacerdote, dell'insegnante, dello psicoterapeuta, dell'assistente sociale e dell'educatore professionale richiedono degli sforzi del tutto specifici, diretti deliberatamente ad aiutare i sofferenti e tutti coloro che in qualche modo abbiano smarrito il proprio cammino.

Cercherò di analizzare il fenomeno “potere” quale si presenta nel campo specifico delle professioni d’aiuto, portando alla luce l’immagine che sta alla base delle professioni stesse, quella del “guaritore”, cercando di rimuovere uno dopo l’altro i veli di cui spesso queste professioni si ammantano, scoprendo realtà interiori la cui qualità non è sempre lucente ed esemplare come poteva apparire a prima vista.

Le motivazioni vocazionali inconsce, l’archetipo guaritore-paziente, il fantasma dell’onnipotenza ed i confini professionali, il desiderio formativo, l’umiltà “dell’ignoranza”, sono tutti elementi comuni alle relazioni d’aiuto; essi alimentano e condizionano i problemi di potere ed il loro superamento che sono simili in tutte le professioni a carattere educativo e socio-sanitario, anche se ciascuna di esse ha le sue caratteristiche.

Cercherò di descrivere come e perché i membri di queste professioni possano arrecare a loro volta dei danni, causati direttamente dal loro stesso desiderio di essere d’aiuto. Infatti, nel rapporto tra chi porge aiuto e chi chiede aiuto, entrano in gioco dinamiche psicologiche tali per cui, che lo si voglia o no, risultano comunque influenzati lo stato di salute, di benessere, di equilibrio dei protagonisti.

C’è tutto un mondo di aspettative, di investimenti immaginari, di proiezioni di tipo genitoriale-onnipotente, di “grande stregone” e queste

tematiche sono tanto più forti quanto più la persona che chiede aiuto è in una condizione esistenziale di difficoltà.

All'interno di una relazione d'aiuto il "fare umanità" implica operare delle scelte. Scegliere significa anche scartare, eliminare: scegliere vuol dire quindi anche spegnere possibilità, "fare violenza", usare forme di potere. Il "fare umanità" ci condanna ad accettare l'inevitabilità del male e dell'errore.

Fare umanità è sempre anche fare dis-umanità: comporta in primo luogo una operazione di selezione a cui è impossibile sottrarsi, e quindi eliminare una serie di possibilità... C'è violenza – per quanto camuffata – nella soppressione di possibilità; c'è o ci può essere errore nel prendere una strada, anziché un'altra; c'è o ci può essere inganno nel far credere che "si guarisce", ci si riabilita in tal modo e non in altri, che quella e non altra è la forma autentica di umanità.

In queste parole c'è tutta la drammaticità sottesa all'azione educativa, formativa, riabilitativa, presente in tutte quelle attività in cui i bisogni esistenziali dell'uno si incontrano con le competenze professionali dell'altro, il quale ha scelto, secondo una certa motivazione, di svolgere una funzione, una "missione" all'interno del concetto di "salute pubblica". Una missione che richiede certamente competenza, ma richiede anche, oltre ad una tecnica, un'arte: essa richiede ciò che nessun manuale spiega e cioè l'eros. Eros è attitudine all'unione, per ristrutturare realtà già formate, per creare nuove realtà, per sopportare

l'onere, le fatiche, ma anche la pienezza e l'esaltazione che accompagna la creazione di connessioni, di legami, di relazioni: fuori di sé, ma soprattutto dentro di sé. L'eros permette di tenere a bada il piacere legato al potere, a vantaggio del piacere legato al dono; è ciò che in primo luogo può suscitare il desiderio, il piacere e l'amore verso la ricerca di una propria autenticità.

L'identità non è qualcosa di stabile, ma è qualcosa che si costruisce continuamente secondo un processo inventivo, dove chi "offre aiuto", sia esso educatore, insegnante o psicologo, sa aiutare chi è in stato di bisogno a capire qual è la sua strada, a trovarla e percorrerla senza tradire l'essenza della sua persona.

E' vero che non possono essere trascurate nelle relazioni d'aiuto le condizioni di asimmetria rispetto alle esperienze, rispetto ai saperi, rispetto all'autorità e soprattutto non può essere trascurata l'asimmetria inerente al potere che il rapporto asimmetrico stesso tende ad innescare: tutti i rapporti umani indistintamente, anche quelli più improntati all'autenticità, al rispetto, all'amore non possono essere esenti dalle varie espressioni del potere. Ma è anche importante riuscire ad inserire all'interno delle relazioni d'aiuto un elemento di simmetria: non solo chi aiuta tende a restituire l'altro a se stesso e alla sua condizione di autenticità, ma anche quest'ultimo può essere colui che restituisce autenticità, entro certi limiti, al primo aiutandolo a diventare se stesso,

reinventandosi. L'identità dell'individuo non raggiunge mai una sua conchiusa definizione, ma è soggetta a continue trasformazioni nel suo ininterrotto dialogo con le "circostanze", le relazioni e l'ambiente.

Considerare gli altri, pazienti, amici, parenti, colleghi, quali immagini del nostro mondo interiore, rimanendo emotivamente disponibili al confronto, è la migliore premessa per restare consciamente, coraggiosamente, realisticamente nell'ambito dell'umano invece di scendere inconsciamente, irrealisticamente, pateticamente nell'ambito dello pseudodivino.

Ringraziamenti

Takk

Quando voglio mettere nero su bianco i sentimenti che provo verso chi mi è stato vicino in tutto questo tempo e mi ha aiutato a portare a termine il qui presente lavoro, provo uno strano senso di imbarazzo ed al tempo stesso di difficoltà nello stabilire una gerarchia tra tutte queste persone. Molti di loro non hanno mai accettato che qualcosa fosse impossibile, spingendomi a credere in me stesso, anche se il più delle volte i punti di vista in gioco erano decisamente diversi.

Alla mia famiglia, che ho reso triste e fiera di me. Quando si è preda della malinconia e quasi tutto sembra aver perso senso, quando non si vede una via d'uscita, solo l'amore che provate per me vi ha dato la forza di starmi vicino e sopportare tutto ciò. Il vostro amore è la mia forza, non c'è niente di più importante per me.

A Claudia, Luca e Simone. Con loro mi sono confidato, sfogato e ho pianto, mi hanno ascoltato ed aiutato a riflettere, abbiamo condiviso silenzi e risate anche quando questo per loro poteva voler dire rimanere alzati fino a tarda notte o rinunciare a qualcosa di sicuramente più allettante. Senza una forte amicizia e una grossa comprensione non riesco davvero ad immaginare come ciò sarebbe stato possibile.

Ad Andrea Zara, mio relatore di tesi, un ringraziamento per aver creduto in me fin dal primo momento. Le riflessioni scaturite dai nostri numerosi incontri mi hanno permesso di rimanere costantemente ancorato all'argomento della tesi,

evitando così di prendere strade fantasiose che avrebbero solamente portato le mie energie altrove. Grazie per la sua competenza, i preziosi riferimenti bibliografici, per tutte quelle pagine lette e rilette, per la pazienza... e anche per essere uno dei pochi a non avere ancora nel terzo millennio un indirizzo e-mail!

Un grazie di cuore al dottor Gustavo Charmet, uomo eccezionale che mi ha sempre valorizzato, mi ha trasmesso forza e serenità, mi ha fatto sorridere e vedere i problemi sotto un'altra luce. Più serena. Tutte le volte che uscivo dal suo studio mi sembrava che un po' gli dispiacesse perché come spesso sosteneva lui "era bello parlare con una persona intelligente". Forse è solo una mia idea, ma a me piace pensare che sia vero. Senza di lui ora non sarei qui.

Alla D.ssa Anna Bertani e a quei docenti dell'ESAE che mi hanno fatto credere giorno dopo giorno in questo lavoro.

Ad Antonella Margiotta, la sua stima nei miei confronti mi ha sempre aiutato nei momenti di difficoltà. Se potessi tornare indietro forse continuerei a partecipare poco al suo gruppo e a Bioenergetica probabilmente non metterei mai piede, ma di sicuro non aspetterei il giorno della tesi per dirle che è una persona davvero splendida. Grazie per tutto.

A Monica Miragoli per avermi detto di non mollare tre anni fa.

Al Dr. Leo Nahon e al Dr. Augusto Iossa Fasano per l'interesse e la disponibilità che mi hanno dimostrato in questi anni.

Ad AnnaMaria Miceli per aver avuto sempre parole di stima e riguardo nei miei confronti, sebbene i nostri modi di lavorare siano così diversi. Spero che le nostre strade si dividano il più tardi possibile.

A tutti quegli "utenti" che ho conosciuto in questi anni: spero di aver lasciato in loro un buon ricordo o anche solo una minima parte dell'affetto che ho provato io. A tutti quelli a cui spesso non dedichiamo attenzione, e a quelli a cui telefoneremmo nei weekend, perché mi hanno fatto capire come felicità e sofferenza siano due facce che non possono esistere indipendentemente l'una dall'altra: vorrei dir loro di non mollare, che le cose cambiano e altre mille banalità, ma sarebbe solo sminuire la loro persona e perciò mi limito ad un semplice e caloroso augurio, sperando che possa aiutarli nei momenti bui della vita.

A Giorgio Sordelli e Nadia del Centro Studi e Documentazione A77 per avermi aiutato nella difficile ricerca del materiale.

A Giuseppe Troisi per il traduttore web inglese-norvegese.

Ai miei nonni, vivi e morti, perché per me non fa differenza, sono e saranno sempre accanto a me.

Al Dr. Balestri, al Dr. Bonifati e a tutti quei dottori che mi hanno aiutato per cose il cui valore non può essere riportato per iscritto. Non avrebbe senso.

Al mio gatto Silvestro, tristemente scomparso l'anno scorso: continui a miagolare dentro di me. Ciao Pico.

Ad Angelo, Cristina, Maurizio e a tutti gli amici della Croce d'Oro con cui da anni condivido momenti difficili e appassionanti, normali delusioni, gioie, lamentele e notti insonni, nella speranza di aiutare qualcuno o semplicemente di strappare un piccolo sorriso. Anche se a volte non ci riusciamo, so che quello spirito che ci accomuna sarà sempre fonte di gioia per noi e per chi ci sta vicino.

Ad Alex Matheu of Negative Format (*miles apart of static lives, specs of species cosmic voids...*) e Torben Wendt of Diorama per aver accompagnato le mie tristi riflessioni e creato il sottofondo musicale alle mie lunghe notti mentre fuori nevicava, o comunque faceva freddo.

A Paolo Coelho e Dacia Maraini per avere scritto pagine indimenticabili che rimarranno sempre nella mia mente.

Un grazie anche alla maggior parte dei medici e degli infermieri dei pronti soccorsi milanesi che giorno dopo giorno mi fanno capire quanta differenza ci sia tra me e loro. E forse tutti quei malati questo lo sanno...

Come non dimenticare le addette alle prenotazioni dell'ospedale Macedonio Melloni, che per fissarmi un appuntamento hanno impiegato più di 2 ore mentre un mio amico in 50 minuti è volato a Roma.

A Igor per aver definito "rete di relazioni, tutte differenti, originali, autonome" la nascita di una vita umana, suo figlio... e a tutti quelli le cui lacrime sono "umori acquosi e salati secreti dalle ghiandole lacrimali annesse all'occhio" invece che semplici lacrime! Non sapete cosa sia la semplicità.

Ed infine grazie a tutti quelli che mi hanno sostenuto ed a cui magari non ho mai neanche contraccambiato con un sorriso. A volte, quando si sta male, anche il più banale dei gesti, dei consigli, può assumere un'enorme importanza, può sembrare un piccolo miracolo, può far smettere di piangere. Anche se solo per qualche minuto. Siete tutti giganti nella mia vita.

I

Motivazioni alle professioni d'aiuto

Motiveringer til hjelpeyrkene

...Fu solo dopo la malattia che capii quanto sia importante dir di sì al proprio destino...¹

...Avevo diciannove anni quando decisi di diventare paramedico. Guidare l'ambulanza – perfetto – salvare vite umane, essere in prima linea, aiutare le persone che continuavano a combattere nella città che rivedevo nei miei sogni. Allora pensavo che l'unico modo per evitare il rimpianto fosse avvolgere completamente la mia vita nel presente, in una sequenza di rapidi atti gentili e nessun altro lavoro mi sembrava più perfettamente adatto del paramedico. Solo molto più tardi mi resi conto che avevo scelto una sintesi delle carriere dei miei genitori: infermiere e conducente...²

L'attività di chi opera in ambito educativo-socio-sanitario è da intendersi principalmente come un lavoro in cui si è in contatto con altre persone bisognose d'aiuto. Si tratta di un lavoro difficile e faticoso in cui sono continuamente e massicciamente in gioco fattori di ordine interpersonale. E' un lavoro di tipo relazionale che, al di là delle varie specificità, delle necessità operative e delle strumentazioni tecniche, ha sempre a che fare con la sofferenza e il dolore, anche fisico, ma

¹ Jung C.G., *Ricordi, sogni, riflessioni*, 1961, tr.it., Rizzoli, 1978, p. 353

² Connelly J., *Bringing out the dead*, 1998; tr. it., *Pronto soccorso*, Tropea Editore, p. 29

soprattutto mentale. Infatti opera con persone che sono in stato di necessità, e abbisognano di aiuto: in una parola con persone che sono in uno stato di disagio. Gli utenti sono dunque persone sofferenti in qualche modo o per qualche motivo, le cui difficoltà, anche quando prendono spunto o traggono origine da fattori di ordine oggettivo, sociologico, economico, assistenziale o altro, hanno sempre delle risonanze emotive e soggettive molto forti che incidono sul modo di percepire la propria realtà, sul modo di interpretarla e di conseguenza sul modo, più o meno positivo, di affrontarla.³

Sulla base di queste considerazioni nella categoria degli “operatori sociali” inserisco intenzionalmente tutta una vasta gamma di figure professionali quali: assistenti sociali, educatori professionali, animatori sociali, infermieri, capo sala, operatori culturali, assistenti domiciliari, nonché gli psicologi o i sociologi e, perché no, medici e insegnanti: tutti coloro che in qualche modo e a qualche titolo intervengono nelle relazioni d’aiuto.

Questa onnicomprensività non è legittima in linea di principio, perché si tratta di ruoli che hanno compiti e mansioni molto diverse tra loro⁴ ma lo diventa se vediamo tutti questi ruoli unificati dal fatto che sono professioni che operano nel sociale e a contatto con altre persone:

³ Blandino G., *Tolleranza e sofferenza nel lavoro dell'operatore sociale, una prospettiva di formazione*, articolo tratto da “Animazione Sociale” n° 1, 1993, p. 14

⁴ *Ibidem*, p.13

il nucleo comune a tali professioni potrebbe essere trovato nell'intervento di "aiuto ai bisogni" che tutte concorrono a produrre.⁵

Ognuna di queste professioni implica un coinvolgimento nei confronti di persone che esprimono i loro bisogni attraverso la più o meno esplicita domanda d'aiuto. Dal momento che le ricerche sul burn-out negli operatori sociali hanno mostrato indiscutibilmente la funzione di boomerang svolta da motivazioni idealizzanti non sembrerà superfluo ricordare il carattere distruttivo delle forti tonalità vocazionali che impregnano l'aspetto emotivo della "scelta" di professioni di aiuto.⁶

La motivazione a dedicarsi ai bisogni dell'altro è sempre una motivazione d'amore. In tal senso l'amore è qualcosa che si dà. Per alcuni al "dare amore all'altro" deve corrispondere un "ricevere qualcosa dall'altro"; altri solo per il fatto che lo concepiscono come sacrificio, considerano il dare una virtù e rifuggono la gioia del ricevere. Di fatto, l'atto del dare amore comporta inevitabilmente il significato del ricevere. Amore materno, paterno, fraterno, amore per se stessi, per l'altro, amore erotico, amore per l'ideale, per Dio... Ognuno di noi è cresciuto grazie a certe forme d'amore. Gli esseri umani si rapportano alle persone e agli oggetti per i significati che questi hanno per loro. In qualsiasi ambito si viva la relazione di aiuto – entro sentimenti di simpatia, di amore e di

⁵ Cfr. Maurizio R. e Rei D. (a cura di), *Professioni nel sociale*, Ed. Gruppo Abele, 1991, p. 315

⁶ Meneguz G., *Resistere all'apprendimento nelle professioni di aiuto*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 4, 2000, p. 65

odio – si incontrano due ruoli, più o meno istituzionalizzati: nel caso specifico quello di chi esprime un bisogno e quello di chi offre un aiuto.⁷

Sono state eseguite indagini molto interessanti sui modi con cui gli operatori si difendono dall'ansia del paziente, dall'eccessivo coinvolgimento, dalla sensazione di essere molto meno onnipotenti di quanto spesso non pensino, ma vi sono pochissime indagini su quali siano le spinte in positivo del curante. E questo è il tema generale delle motivazioni accennate prima. Si è indagato poco su alcuni interrogativi molto semplici. “Perché fai questo mestiere? Perché lo fai in questa maniera? Cosa ti spinge ogni giorno a venire qui?”.

Si può sempre sostenere che chi fa lo psicoterapeuta, l'infermiere psichiatrico o l'educatore lo fa per caso, perché ha trovato quel tipo di carriera, ha trovato uno stipendio ed un posto. Ma non è così semplice. L'indagine delle motivazioni del curante è un dato molto importante e serve a capire perché si è scelto quel tipo di lavoro e quali sono le forze in positivo che vengono mobilitate nel momento in cui si opera in una relazione d'aiuto.⁸

Le energie richieste dal lavoro sociale sono di così grande entità da indurre coloro che lo praticano a domandarsi, spesso più volte nel corso della vita lavorativa: “Ma perché lo faccio? Perché mi occupo degli

⁷ *Ibidem*, p. 66

⁸ Jervis G., *Il problema della psicoterapia nei Servizi psichiatrici*, in Ferro A.M. e Jervis G. (a cura di), *La bottega della psichiatria, dialoghi sull'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, Boringhieri Editore, 1999, p. 28

altri?”. Eppure se ci fermiamo a guardare i bambini impegnati a giocare, o se li invitiamo a prefigurare la loro professione da grandi, ci troviamo spesso di fronte a scene o fantasie incentrate sul soccorso, l’aiuto e la cura: il gioco a mamma-papà-bambino, il dottore e il malato, il medico e l’infermiera: questi giochi e queste fantasie mobilitano nei bambini emozioni e speranze. Essi amano rappresentarsi in ruoli che rispondono con animo pronto e soddisfatto ai bisogni altrui.⁹ Molti operatori sociali hanno ricordi simili e pensano di aver gettato in quei momenti il primo seme della loro scelta successiva di un lavoro a favore degli altri.¹⁰

In ogni relazione umana di tipo terapeutico – in cui si definisce il bisogno di aiuto da parte di una persona (utente, paziente, assistito, ecc.) e la volontà di un’altra persona di aiutare (terapeuta, medico, assistente, operatore, ecc.) – le caratteristiche dei singoli individui coinvolti hanno un ruolo determinante nel delineare il cammino verso un obiettivo comune. Quando ci si pone in posizione di aiuto rispetto a una persona, i manuali dicono che si dovrebbe sempre considerare e tentare di comprendere i reali problemi fisici e/o psicologici, ricercando –

⁹ Capello C. e Fenoglio M.T., *Perché mai mi curo di te? Soddisfazioni e fatiche nel lavoro sociale*, Rosenberg & Sellier, 1992, p. 9

¹⁰ *Ibidem*, p. 22. “La relazione con un altro è sempre biunivoca. Ti dà anche qualcosa che può essere utile a te, nel tuo privato” [L.Z., logopedista, anni 25]. Alla domanda “Perché hai scelto questo lavoro?”, un’infermiera trentottenne ha risposto: “Perché ho la possibilità di sentire delle cose, delle emozioni, dei sentimenti che in un altro posto non si possono provare e ascoltare e a cui non si darebbe risposta. A differenza di altre persone penso di vivere qualche vita in più, di fare un pezzo di strada con queste persone e ciò sicuramente mi arricchisce e mi lascia qualcosa di buono”. E alla domanda “In quali situazioni o circostanze vivi in modo più positivo la tua esperienza di lavoro? Per quali motivi ciò accade?”, un’infermiera di 24 anni ha risposto: “Quando il rapporto con la persona sofferente si instaura e diventa scambio, quando la mia esperienza di vita si incontra con quella dell’altro. Ciò accade quando entrambi abbiamo voglia di mostrarci come siamo, nella falsità non si costruisce nulla”.

attraverso la preparazione professionale, un giudizio sereno e una osservazione attenta – una valutazione il più possibile oggettiva. In realtà ci si trova a dover fare i conti con aspetti più soggettivi (personali) e meno oggettivi (professionali) che entrano necessariamente in gioco in un rapporto interpersonale così significativo: le reciproche ambizioni, le fantasie, i bisogni e il bagaglio di idee, opinioni e pregiudizi che sono espressione di una appartenenza socio-culturale e di una storia individuale.¹¹

Non si deve dimenticare la straordinaria configurazione che anima le professioni d'aiuto. I personaggi che vi operano hanno tutti una caratterizzazione assolutamente tipica che fa di loro dei “cavalieri erranti” mossi da una netta quanto oscura motivazione profonda; anche chi ci capita per caso o per puro bisogno economico se continua a starci è perché qualche cosa si è svegliato e si è saldato dentro alla sua intima vocazione di lavoro. Questa gemma vocazionale specifica, che ha una radice sostanzialmente filantropica, ha a che fare con un tentativo di salvare e valorizzare una spinta altruistica che non è, si badi, solo morale, ma è in qualche modo iscritta nel patrimonio genetico della specie: il comportamento curativo, accuditivo, filantropico è una variante dell'istinto materno/paterno e costruisce il patrimonio di base più prezioso all'interno delle risorse umane che operano nel sociale.

¹¹ Genevay B. e Katz R.S., *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto*, Erickson, 1994, p. 9

L'incontro con l'utente, che in teoria costituisce la parte più nobile e vivificante delle professioni d'aiuto, è in realtà anche la parte più faticosa ed usurante del lavoro.¹² L'incontro tra l'utente "ammalato"¹³ carico di aspettative e di richieste a volte inesaudibili e l'operatore, a qualunque livello egli sia della scala gerarchica e professionale, apre una situazione che costitutivamente, nell'istante in cui fiorisce, si presenta come una situazione di crisi. E' la crisi della presenza che ricorda drammaticamente al curante che l'Altro che gli sta a pochi centimetri di distanza raffigura insieme lo scopo ed il dovere del suo lavoro, l'oggetto sempre sfuggente del suo sapere, ma anche il possibile destino del suo stesso corpo.

L'assoluta particolarità delle professioni d'aiuto, specialmente di quelle socio-sanitarie, sta in questa sorta di legame tra prestatore d'opera e utente: esiste una radice vocazionale profonda che muove chi decide di dedicare la propria vita di lavoro agli altri, alle loro condizioni di vita, al loro benessere, al loro stesso corpo. Quanto più diretto è il contatto con

¹² Cfr. Nahon L., *Identità e appartenenza nell'ospedale in trasformazione*, articolo tratto dal sito web de "La Fondazione Smith Kline": www.fondazione-smithkline.it/t499art5.htm

¹³ Jervis G., *L'illusione della terapia ideale*, articolo tratto dal sito web italiano per la filosofia de "Il Sole 24 Ore", 26/3/2000: www.lgxserver.uniba.it/lei/rassegna/000326e.htm. "L'indagine su ciò che significhi esser malati parte da una constatazione: la malattia rompe la prevedibilità della vita quotidiana, inserendovi una parentesi di incertezza. La sociologia della medicina insieme allo studio micro-sociale della contrattualità interpersonale a partire da condizioni di debolezza costituiscono la struttura di base dell'indagine psicologica moderna sulle interazioni tipiche delle relazioni di aiuto. Il carattere intimamente personale del rischio per la salute è il primo fattore che contribuisce a rendere tormentato questo rapporto. Basti considerare come vi siano coinvolti non solo aspetti emozionali ma anche una particolare problematica decisionale. Ogni paziente si propone, in pratica, un problema concreto: in che misura la sua posizione di fragilità - l'esser malato - può essere trasformata almeno in parte in una posizione di forza, in quanto capace di meritare l'attenzione e la dedizione di altri. Come è noto, Sigmund Freud e la psicoanalisi ci hanno aiutato a capire quanto il rivolgersi, stando male, a chi è supposto curarci risuscita il bambino che è in noi, e gli dia voce e forza, e ci faccia cercare un genitore salvifico in chiunque debba soccorrerci. Ma c'è di più: la speranza ci spinge verso ambiti magici".

la fisicità dell'utente tanto più complicata è probabilmente questa radice vocazionale. In generale possiamo dire che le professioni d'aiuto si fondano su un'elaborazione complessa dell'istinto materno: la spinta all'accudimento della prole si mescola al desiderio di conoscenza e ad una tensione verso un sistema sociale più giusto, il tutto spesso fortemente idealizzato.

In effetti una delle ricostruzioni psicogenetiche della vocazione all'aiuto del prossimo ha rintracciato nell'esperienza di una figura materna emotivamente incompetente, anche se esteriormente valida nelle incombenze pragmatiche, il fondamento della necessità di strutturare una spinta protettiva che supporti proprio la persona che dovrebbe prendersi cura del piccolo e non lo fa. Questa specie di inversione del rapporto genitoriale spiega non solo il rafforzamento della spinta a prendersi cura dell'altro ma anche la tendenza a sovraccaricarsi di responsabilità nei compiti d'aiuto.

È un bisogno profondo, radicato nella propria storia personale quello che spinge l'operatore a fare, e a continuare, il proprio lavoro: e di questo bisogno egli ha spesso poca consapevolezza e meno ancora gliene dà l'organizzazione in cui lavora.¹⁴

“Vocazione”, parola che non si usa più, come facevano i latini, per un invito a pranzo – *vocatio ad prandium* – o per chiamare qualcuno

¹⁴ Cfr. Nahon L., *op. cit.*

a giudizio – *advocatus* – ma ormai più per indicare una chiamata sentita come esterna e che l'uso e l'abuso, fattone dai religiosi c'indurrebbe a considerare solo come voce, come appello divino, che chiama a un compito, un dovere, una missione. Gli psicanalisti, peraltro, si sono abituati a cercare l'origine del divino nel proprio mondo interno, nella profondità del loro inconscio: nulla di scandaloso perciò, se la parola in disuso viene ripresa per indicare quella motivazione non facilmente definibile, quella inquietudine che sospinge genericamente a curare gli altri.¹⁵

Il tema della vocazione terapeutica ricorre spesso tra i contributi della letteratura psicoanalitica: che la vocazione s'indirizzi verso la cura del corpo o della psiche, si ramifichi cioè in due direzioni diverse, essa non può rinnegare, per quanto lunghe siano le diramazioni, il breve tronco originario profondamente radicato nelle prime vicende infantili.¹⁶

Per Simmel,¹⁷ il gioco del dottore, uno dei pochi ricordi che sopravvivono all'amnesia infantile accanto al gioco del papà e della mamma, svelerebbe chiaramente una concezione sadica dell'atto sessuale, in cui il ruolo penoso della sopportazione infantile verrebbe assegnato alla bambola o al bambino più piccolo, per innalzare invece il giocatore al ruolo dell'adulto attivo: il medico. Al medico, infatti, sono consentiti

¹⁵ Cfr. Carloni G., *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*, in Di Chiara G. (a cura di), *Itinerari della psicoanalisi*, Loescher Editore, 1982, p. 15

¹⁶ *Ibidem*, pp. 35-36

¹⁷ Simmel E., *Il gioco del dottore, la malattia e la professione del medico*, in AA.VV., *Letture di psicoanalisi*, Boringhieri, 1972, pp. 311-325

molti piaceri proibiti; il medico soddisfa innumerevoli curiosità; può perfino usare impunemente il “coltello”.

L'attività del gioco impedirebbe l'introversione del conflitto: cioè la malattia. Il paziente vorrebbe quindi giocare al dottore per non essere malato: come dire che attraverso la stessa esigenza pulsionale si può divenire o medici o pazienti.

“...Dopo 41 anni di attività medica - racconta Freud - la conoscenza che ho di me stesso mi dice che in verità non sono mai stato propriamente un medico. Sono diventato medico essendo stato costretto a distogliermi dai miei originari propositi, e il trionfo della mia esistenza consiste nell'aver ritrovato, dopo una deviazione tortuosa e lunghissima, l'orientamento dei miei esordi. Non so nulla, dei primi anni della mia vita, che deponga per un mio bisogno di aiutare l'umanità sofferente; d'altra parte la mia innata disposizione sadica non era particolarmente forte, ragion per cui non necessariamente doveva svilupparsi questo suo derivato. Neppure ho mai “giocato al dottore”, giacchè palesemente la mia curiosità infantile seguiva altre piste...”¹⁸

Tra le principali motivazioni vocazionali inconsce, si possono ricordare: sentimenti genitoriali, tendenze riparative, curiosità scientifica. I sentimenti genitoriali, per i quali l'analista vede ripresentarsi nel paziente il proprio Sé precoce, precedentemente analizzato, ed è spinto ad analizzarlo a sua volta, conterrebbero sempre una componente narcisistica (il desiderio di veder se stessi realizzati nel figlio); le tendenze riparative, espressioni di un inconscio senso di colpa per cui il medico si

¹⁸ Freud S., *Poscritto*, in *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale*, 1926, in *Opere* (1924-1929), vol. X, Boringhieri, 1978, pp. 416-423

responsabilizza della malattia ed intende proteggere il malato dai propri investimenti aggressivi, non sarebbero che sublimazioni di comportamenti pulsionali pregenitali con scopi primamente narcisistici; la curiosità scientifica, verrebbe anch'essa sostenuta da bisogni narcisistici di onnipotenza e dal desiderio di realizzare l'ideale dell'Io sul piano pragmatico e conoscitivo.

Il narcisismo dello psicanalista viene sollecitato dall'idealizzazione che ne fa il paziente e dall'onnipotenza che l'esercizio della psicoanalisi sembra conferirgli, per la frequentazione dell'inconscio e per la sensazione di tenere il destino del paziente nelle proprie mani: la vocazione nascerebbe dalla buona motivazione narcisistica dello scarto esistente fra l'Io e l'ideale dell'Io.¹⁹

Altri autori, sempre in riferimento alle motivazioni vocazionali, parlano di un'iniziale ferita narcisistica, collegata con lo sviluppo di una particolare recettività per l'inconscio degli altri, come principale radice di scelta professionale: gli analisti, per esempio, sarebbero ex bambini dotati che la naturale sensibilità e capacità di empatia rendeva particolarmente adatti ad essere utilizzati dalla madre o da entrambi i genitori come supporti per il loro precario equilibrio narcisistico. In questa condizione il figlio si trova infatti a dover rinunciare al suo bisogno di risposta e di eco da parte della madre, e a sentire invece la necessità di adattarsi e

¹⁹ Cfr. Carloni G., *op. cit.*, pp. 20-21

conformarsi ai desideri di lei, verso i quali svilupperà ulteriormente le “antenne” di cui è già originariamente dotato. E’ in questa funzione, che un tempo gli ha assicurato “l’amore”, cioè l’investimento narcisistico dei genitori, garantendo quindi la sua sopravvivenza a prezzo del sacrificio di sé, che ha origine sia la vocazione a curare, a interessarsi, all’inconscio degli altri, sia il pericolo implicito in tale scelta se non adeguatamente analizzata: ricercare nei pazienti la madre comprensiva ed empatica dei propri rinnegati desideri infantili e conquistarsela ancora una volta con prestazioni di successo, divenute ora intelligenti interpretazioni.²⁰

Secondo Kohut,²¹ “l’esperienza ci insegna che molti di coloro che hanno scelto una carriera in cui la preoccupazione empatica nei confronti degli altri forma il centro dell’attività professionale sono persone che hanno subito traumi (di entità tollerabili) in fasi precoci dello sviluppo dell’empatia e che hanno reagito in via secondaria al timore di una nuova traumatizzazione sviluppando un’ipersensibilità delle superfici percettive”.

La scelta professionale di lavorare nel campo della relazione d’aiuto è fondata “sul desiderio di legare a sé i pazienti come il genitore i suoi figli²²; Ferenczi²³ osservò come il giovane terapeuta così motivato fu molto spesso un bambino costretto a farsi precocemente psichiatra, per

²⁰ *Ibidem*, p. 22

²¹ Cfr. Kohut H., *Narcisimo e analisi del Sè*, Boringhieri, 1976

²² Racker H., *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*, Armando, 1970

²³ Ferenczi S., *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, vol. III, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 4 voll., Guaraldi, 1974, pp. 415-427

curare i genitori, gli adulti che lo avevano spaventato, sedotto, traumatizzato con i loro litigi o con il terrorismo delle loro malattie e sofferenze.

Cosa porta lo psicoterapeuta a cercare di aiutare le persone che si trovano in difficoltà emotive? Cosa spinge lo psichiatra ad occuparsi dei malati di mente? Perché l'assistente sociale si interessa ai disadattati? Che cosa costringe alcune persone a voler aiutare gli ammalati, i sofferenti, gli infelici, i reietti?²⁴

Cosa spinge dunque un individuo a preoccuparsi del lato oscuro della vita sociale? Che cosa gli dà la forza di trattare, giorno dopo giorno, con persone infelici, sfortunate, disadattate? Che cosa lo affascina in questo deprimente quadro della vita?

Deve senz'altro trattarsi di una persona di tipo particolare: l'individuo medio "sano" preferisce infatti ignorare e dimenticare le disgrazie e le sofferenze del suo prossimo quando queste non lo toccano direttamente, o almeno preferisce averci a che fare di rado, a sufficiente distanza, leggerle cioè nei giornali o vederle alla televisione. Solo un numero piuttosto ristretto di persone si preoccupa di entrare in contatto con i guai altrui, la maggior parte ne ha abbastanza dei propri. Se diciamo semplicemente che coloro i quali lavorano nel campo specifico delle professioni d'aiuto sono esseri benedetti da un più grande amore per il

²⁴ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 64

prossimo non risolviamo nulla, poiché non è vero, e d'altronde non tutti sono cristiani osservanti mossi dalla convinzione che l'amore verso il prossimo, manifestato aiutando gli infelici, sia il principale comandamento divino.

Anche se la tentazione di sminuire ciò che è ammirevole è molto forte, non dobbiamo però neppure vedere il desiderio di aiutare gli altri come una semplice razionalizzazione del desiderio di potere, che è il lato ombra di molte professioni d'aiuto.

Al di là di tutte le teorie, pure o impure che fossero le motivazioni originarie, credo che debbano essere persone di una struttura psicologica molto speciale quelle che scelgono come lavoro il confronto quotidiano con alcune delle polarità fondamentali dell'uomo: adattamento - disadattamento, successo sociale - insuccesso, salute mentale - malattia mentale: chi esercita una "professione d'aiuto" ne è certamente più affascinato di altri.²⁵

²⁵ *Ibidem*, pp. 13-14

II

Il potere dell'assistente sociale e la filosofia dell'illuminismo

Kraften av den sosiale arbeideren og den fi losofi av illuminism

“...Io non sono mai stato un entusiasta della terapia... non credo che i nostri successi di guarigione possano competere con quelli di Lourdes... ho il sospetto che l'idea di poter guarire tutto ciò che è nevrotico provenga dalla credenza profana che le nevrosi siano qualcosa di totalmente superfluo, che in genere non ha diritto di esistere...”²⁶

Il lavoro degli operatori sociali in generale, e degli assistenti sociali in particolare, si basa su una filosofia nata con l'illuminismo, la quale presume che tutti gli esseri possano e debbano essere ragionevolmente e socialmente adattati e che lo scopo della vita consista in uno sviluppo più o meno “normale” e felice in rapporto alle proprie possibilità. Secondo questa filosofia lo scopo di tutti i nostri sforzi è quello di creare individui sani, socialmente adattati, felici nei rapporti interpersonali. Lo sviluppo nevrotico, il disadattamento sociale, l'eccentricità ed ogni sorta di rapporti familiari non regolari devono essere evitati e combattuti.²⁷

²⁶ Freud S., *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, 1932, in *Opere* (1932-1938), vol. IX, Borlinghieri, 1979, p. 242

²⁷ Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 3

Gli assistenti sociali debbono spesso prendere provvedimenti contro quella che è la volontà dell'assistito, in quanto non sempre quest'ultimo è in grado di riconoscere ciò che va a suo vantaggio. In certi casi dispongono di strumenti legali per eseguire i provvedimenti che reputano opportuni e, quando questi strumenti mancano, gli assistenti sociali avvertono immediatamente l'inadeguatezza del loro operato. E' possibile, ad esempio, sottrarre ai genitori i bambini maltrattati o gravemente trascurati; molto spesso, però, le autorità non hanno appigli legali per intervenire, anche se è assolutamente evidente che un bambino viene allevato in condizioni sfavorevoli. La possibilità di prendere i provvedimenti necessari, anche contro il volere del bambino e dei genitori, può presentarsi solo più tardi, quando il bambino è più grande e magari, ormai adolescente, si trova a trasgredire la legge penale.²⁸

Per prendere provvedimenti contro il volere di un assistito bisogna essere convinti, addirittura certi, che le proprie idee siano giuste. Il caso seguente può illustrare il problema.

“Una ragazza di diciassette anni, che chiameremo Anna, viveva con la madre divorziata due volte. Dopo il secondo divorzio della madre, in seguito a denunce presentate da alcune persone intime della famiglia, la ragazza fu messa sotto tutela. Sembrava che fra madre e figlia esistesse una dipendenza morbosa tale che ogni minimo desiderio della figlia venisse esaudito. Dopo aver terminato gli studi, la figlia ebbe una serie di lavori saltuari ed infine smise del tutto di lavorare. Sebbene la madre si lamentasse del comportamento della figlia, di fatto ne incoraggiava l'inattività, non volendo che crescesse e diventasse indipendente”.

²⁸ *Ibidem*, p. 1

L'assistente sociale dopo aver esaminato meticolosamente il caso, giunse alla conclusione, d'accordo con uno psichiatra, che madre e figlia dovevano essere separate: era in gioco la salute mentale della ragazza e non si doveva tener conto del fatto che entrambe resistevano disperatamente a questa soluzione.

“Anche a separazione avvenuta si rivelò impossibile stimolare nella ragazza qualsiasi interesse per il lavoro: tutto sembrava indicare che preferisse farsi mantenere dagli uomini e, per evitare che si desse alla prostituzione, la sua tutela fu prolungata fin oltre il ventesimo anno di età”.

I funzionari che si erano occupati del caso ritenevano che si fosse agito correttamente sotto ogni punto di vista. Su cosa si fondava tanta sicurezza, visto che, è il caso di ricordarlo, le misure adottate erano state prese in contrasto con la volontà delle interessate? ²⁹

Forse non era così scontato che si potessero ottenere dei risultati positivi sottraendo la ragazza a sua madre. Certo, il loro era un rapporto malsano, ma era impossibile stabilire se l'interferenza facesse più bene che male: ci si sarebbe almeno dovuto chiedere se la vita non contempli anche la possibilità che madre e figlia rimangano a lungo legate l'una all'altra.

²⁹ *Ibidem*, p. 2

2.1 Il rifiuto della sofferenza: malato uguale colpevole

2.1 *Nektingen av lidingen: syk lyk skyldig*

Oggi ogni risposta al dolore è ritenuta edificante o patetica se non è pratica, se non è una risposta a come dominare il dolore.³⁰

E' forse ora opportuno “radicarsi” nella matrice delle forme che l'esperienza del dolore e della malattia hanno rivestito nella nostra civiltà.

Per i Greci dolore e vita sono inscindibili e se il dolore non può in alcun modo essere evitato, o perché inviato dagli dei o perché generato dalla necessità, deve essere affrontato con coraggio: il popolo greco che “aveva un talento così unico per il soffrire”, ha coniato l'espressione “dolore giova a saggezza” che ci porta alle radici del tragico, al conflitto insanabile tra vita e morte, tra buona e cattiva sorte.

La tradizione cristiana ci insegna ad accettare il dolore. La sofferenza può essere sopportata se iscritta in una trama amorosa, in una speranza di salvezza: “il vero amore più che nell'azione si dimostra nel patire”. Cristo stesso è l'accettazione della sofferenza. Accettazione e pazienza diventano le capacità che la sofferenza promuove, che permettono di accedere alla grazia.

I mistici non solo sopportano, ma chiedono e amano la sofferenza come mezzo per incontrare Dio. Ma questo si scontra proprio con il luogo comune, la mentalità corrente che avere difficoltà,

³⁰ Natoli S., *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, 1986, p. 269

cedere, cadere ammalati sia una colpa o un male da rimuovere, da nascondere.³¹

Il regime dominante del “benessere” conduce a pensare che l’uomo possa e debba soddisfare il maggior numero possibile di desideri, tra cui quelli dell’eterna giovinezza, dell’immortalità, dell’eliminazione del dispiacere. Si estremizzano perciò la ricerca del piacere e la fuga dal dolore;³² non esiste più la minima tolleranza da parte delle persone per un quantum minimo che sia di sofferenza, grazie anche al bombardamento costante della pubblicità che preconizza l’edonismo e la felicità immediata, che identifica la virtù con il piacere, anche se sotto forma di pillole.³³

Buona parte della fortuna di maghi, indovini e guaritori dipende dal generale rifiuto da parte dei loro clienti della sofferenza e della sua inevitabilità nell’esistenza umana. Naturalmente, questo rifiuto è in ognuno di noi, in quanto è nella nostra natura cercare di non soffrire e, se possibile, essere felici, ma coltivare la propria mente e sviluppare un atteggiamento realistico significa anche accettare che, per quanto ci si impegni verso il benessere, qualche forma di sofferenza ci toccherà pur sempre. Possiamo essere gli individui più realizzati di questo mondo, ma

³¹ Duccoli D., *La malattia al lavoro: formazione e deformazione*, articolo tratto dal sito web: www.formazione.it/Duc_90.htm

³² AA.VV., *Attenzione e amore nella relazione di aiuto*, 1994, articolo tratto dal sito web di “Monografia Formazione”: www.exodus.it/poiesis/hiv/mat/monograf/94form4.htm

³³ Mares J., *La relazione dell’aiuto comprensiva. Una visione sociale/medica/psichiatrica di alcuni fattori che la rendono difficile*, articolo tratto dal Convegno “La relazione d’aiuto tra tradizione e innovazione”, Roma, 26/27/28 novembre 1999, sito web: www.aicounselling.it/atti/jmares.htm

non per questo potremo ad esempio evitare le malattie, la vecchiaia e la morte o, anche solo a un livello meno drammatico, le infinite situazioni spiacevoli che la nostra vita comporta. Accettare questa verità significa vivere consapevolmente, godendo ciò che di positivo la vita ci offre e tollerando nei limiti del possibile ciò che di doloroso essa comporta. Se però questo processo di crescita interiore non si sviluppa, allora è quasi inevitabile il ricorso a maghi, indovini e guaritori, nella speranza di ottenere all'esterno quel rifugio e quella protezione che non si riesce a trovare nella propria mente.³⁴

Ci si sforza di combattere situazioni familiari malsane, di correggere strutture sociali insoddisfacenti, di adattare i disadattati: in breve, si tenta di imporre a forza ciò che consideriamo “giusto” per le persone e, spesso, lo si fa anche quando l'aiuto viene rifiutato dagli interessati. Sovente imponiamo agli altri una particolare concezione della vita, indipendentemente dal fatto che ne siano convinti oppure no; il “diritto” alla malattia, alla nevrosi, a rapporti familiari malsani, alla degenerazione sociale, all'eccentricità non rientra nelle nostre scelte.³⁵

Disporre del nostro prossimo contro la sua volontà può creare problemi assai gravi, anche quando sembra l'unica via corretta: non potremo mai sapere quale sia il reale significato di una vita umana. Lo

³⁴ Bonecchi A., *Maghi, indovini e guaritori...: tra creduloneria e inganno scienista*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/maghi.html

³⁵ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 5

scopo degli sforzi individuali e collettivi è visto in modo più o meno diverso a seconda delle persone, delle epoche o dei luoghi: i nostri valori di oggi non sono i soli e neanche i definitivi, fra duecento anni potrebbero essere addirittura considerati primitivi e ridicoli.

La consapevolezza che i nostri sistemi di valori possano essere messi in discussione dovrebbe renderci cauti nell'imporli agli altri. Gli inquisitori avevano ben pochi scrupoli in proposito e, considerando la cosa a posteriori, forse sarebbe stato meglio se avessero esaminato più a fondo i movimenti delle proprie azioni. Studiando l'inquisizione oggi, è difficile evitare il sospetto che le pulsioni psicologiche che spingevano quei santi crociati fossero così pure come volevano far credere a se stessi e al mondo: forse erano mossi anche da una certa crudeltà inconscia e dal desiderio di potere.

Nel lavoro assistenziale, quando si impongono a qualcuno soluzioni e comportamenti che vengono respinti dall'altra parte in causa, le motivazioni che inducono a far ciò sono sicuramente migliori. O forse non sempre è così? Si è notato ripetutamente che, ogniqualvolta si deve imporre qualcosa a qualcuno, i motivi consci ed inconsci di chi lo fa sono assai polivalenti: nello sfondo si cela un misterioso desiderio di potere ed i sogni e le fantasie portano alla luce moventi che la coscienza preferisce ignorare.³⁶

³⁶ *Ibidem*, p. 6

“Mentre le sedevo di fronte e lei continuava a contraddirmi, sentii il desiderio di farle finalmente capire chi era il capo. Avevo l’esaltante sensazione che non comprendesse quanto poco poteva fare contro la mia opinione”.

Affermazioni di questo tipo qualificano esattamente la situazione emotiva di molti assistenti sociali. Molto spesso, più che il bene dell’assistito sembra essere in gioco il potere di chi assiste. Imporre ad una persona un provvedimento accuratamente giustificato dà all’assistente sociale un profondo senso di soddisfazione, lo stesso che prova uno scolaro che, battendo un compagno, dimostra di essere il più forte e pensa: “Così impara che con me non si scherza!”.

Le motivazioni psicologiche di tutti coloro che esercitano professioni socio-assistenziali, che lavorano “per aiutare l’umanità”, sono altamente ambigue. L’assistente sociale si sente obbligato dalla propria coscienza e dal mondo circostante a ritenere che il desiderio di aiutare sia la motivazione principale che lo muove; contemporaneamente, però, nel fondo della sua anima si costella il contrario: non il desiderio di aiutare, bensì il desiderio di potere e la soddisfazione di depotenziare l’assistito.³⁷

Soprattutto nei casi in cui l’assistente sociale è costretto ad agire contro la volontà dell’assistito, si scopre, analizzando a fondo il suo inconscio, che il desiderio di potere ha avuto un ruolo assai importante nelle sue decisioni. L’uomo, infatti, si dimostra massimamente crudele

³⁷ *Ibidem*, p. 7

proprio nelle occasioni in cui può usare la crudeltà per imporre il “bene”.³⁸

Un'assistente sociale tentò accanitamente di sottrarre un bambino a quelli che, secondo il suo parere, erano genitori assolutamente inadatti, ma non vi riuscì per carenza di motivi legali. Parlandone, disse con ammirevole candore: “La cosa principale che sento ora è rabbia e odio per quei genitori. Vorrei proprio fargliela vedere io!”. La sua frustrazione per non essersi dimostrata più forte di quelle persone era maggiore del dispiacere di non essere riuscita ad aiutare il bambino.

Il problema dell'ombra di potere è quindi di somma importanza per l'assistente sociale, il quale è spesso obbligato a prendere decisioni di portata vitale contro la volontà delle persone assistite.

Vorrei, però, prevenire alcuni malintesi. Nessuno agisce in base a motivi del tutto franchi; anche le più nobili imprese si fondano su motivazioni pure ed impure, chiare ed oscure. Un assistente sociale fortemente mosso dal desiderio di potere può comunque prendere decisioni utili al suo assistito; c'è tuttavia il pericolo che quanto più si illude di agire in base a motivi esclusivamente altruistici, tanto più la sua ombra di potere diventi determinante nel portarlo, a tradimento, a prendere decisioni assai discutibili.

³⁸ *Ibidem*, p. 8

Può darsi che le convenzionali idee di salute e normalità non rappresentino la suprema saggezza; poteva anche darsi che la figlia - per ritornare alla storia di Anna - sarebbe stata in grado di condurre una vita significativa, pur rimanendo legata alla madre. Si era davvero più capaci di loro, che si opponevano alla separazione, di discernere ciò che costituiva un sistema di vita “significativo”? Si voleva veramente aiutarle o non si era piuttosto vittime degli istinti di potere? Perché si era così certi che la cosa più giusta per salvare la ragazza dalla prostituzione fosse di prolungarne la tutela oltre il ventesimo anno di età? Come si poteva sapere se una tale situazione non sarebbe stata molto dannosa per lei? ³⁹

2.2 Eros sociale o delusione di potere?

2.2 Sosial kjærlighet eller skuffelse av kraft?

Gli assistenti sociali lamentano spesso che le persone si rivolgano all'autorità solo quando hanno esaurito tutte le risorse, e che ascoltino attentamente i consigli che si danno loro e facciano poi il contrario, salvo ritornare allorché questo comportamento si sia risolto in un disastro. Un atteggiamento del genere irrita oltremodo gli assistenti sociali, i quali si rammaricano che non esistano altri mezzi per imporre i loro consigli. Tuttavia, quest'irritazione e questo rammarico sono veramente un'espressione di eros sociale o non sono semplicemente la

³⁹ *Ibidem*, p. 10

manifestazione di una esigenza delusa di potere? Il vero eros non comporta la volontà di imporre il nostro modello di vita e le nostre idee agli altri.

Il problema dell'ombra di potere⁴⁰ ha un ruolo estremamente importante nell'immagine collettiva dell'assistente sociale poiché questi viene rappresentato come uno che si intromette ogniqualvolta gli è possibile, che impone la sua volontà alle persone senza capire veramente cosa sia in gioco, che tenta di allineare tutto secondo ristretti schemi moralistici e borghesi, che è spinto da un compiacimento del proprio potere, che si sente offeso e diviene cattivo quando questo non viene riconosciuto.

In una situazione verosimile, questa “mitologia concreta” dell'assistente sociale potrebbe presentarsi più o meno così: alle dieci del mattino l'assistente sociale bussava alla porta di un appartamento, entra, ficca il naso dappertutto, osserva che i letti sono disfatti e i piatti della sera prima ancora sporchi. La padrona di casa è in vestaglia e sta cominciando solo in quel momento i lavori domestici. Sulla base di questa visita l'assistente sociale potrebbe essere più facilmente portato a concludere che la famiglia è inadatta a tenere il figlio adottivo e questi,

⁴⁰ *Ibidem*, p. 11. “La presenza di un problema di potere nel campo dell'assistente sociale è confermata indirettamente dall'immagine che l'opinione pubblica ha di altre figure professionali, oltre gli assistenti sociali, cioè di medici, sacerdoti, avvocati, uomini politici, ecc. Quest'immagine è solitamente doppia, con un lato in ombra e uno in luce, e quello negativo è in genere più unitario e standardizzato di quello positivo. Queste immagini, negative o positive che siano, vanno considerate in parte come pregiudizi, ma, se esaminate con cura, risultano avere spesso una certa validità, ancorché distorta”.

amato profondamente dai genitori, viene portato via per essere sistemato in un'ordinata casa borghese. L'opinione dell'assistente sociale è negativa non solo a causa del disordine che ha trovato, ma anche perché la padrona di casa ha rifiutato la sua intromissione e in un primo momento era perfino riluttante al suo ingresso nell'appartamento.

A questo punto si può obiettare che ciò che è stato detto finora potrebbe essere applicato all'assistente sociale di vecchio stampo, il quale, con tutta probabilità, aveva veramente una grande ombra di potere, ma che nella professione moderna il problema è molto meno acuto. L'assistente moderno e aperto conosce le teorie psicologiche e, sulla base di queste, tenta di capire ed aiutare le persone; spesso il suo atteggiamento di fondo differisce pochissimo da quello di uno psicoterapeuta.⁴¹

La professione dell'assistente sociale, difficile e carica di responsabilità, viene intrapresa per una grande varietà di motivazioni psicologiche, che differiscono da individuo a individuo: tuttavia, e quantunque anche il caso giochi la sua parte, ce ne sono alcune che fanno da comune denominatore al problema dell'ombra di potere, verso il quale differenti sono il grado di coscienza e sensibilità. Certo coloro che praticano la professione con spirito cinico, come puro mezzo per guadagnare il pane non avvertono il problema in modo particolarmente

⁴¹ *Ibidem*, p. 12

acuto, si limitano a fare il loro lavoro in modo formale e corretto e non ne sono toccati profondamente, né dagli aspetti positivi, né da quelli negativi. Quelli che cadono più facilmente vittime della propria ombra di potere sono invece principalmente gli assistenti sociali diligenti, entusiasti, sinceramente dediti alla loro attività, consapevoli e preoccupati per il loro agire.⁴²

⁴² *Ibidem*, p. 13

...E nell'amore non esistono regole. Possiamo tentare di seguire dei manuali, di controllare il cuore, di avere una strategia di comportamento. Ma sono tutte cose insignificanti. Decide il cuore. E quando decide è ciò che conta.

Lo abbiamo provato tutti nella vita. In un qualche momento, tutti abbiamo esclamato fra le lacrime: "Sto soffrendo per un amore per cui non vale la pena." Soffriamo perché pensiamo di dare più di quanto riceviamo. Soffriamo perché il nostro amore non è riconosciuto. Soffriamo perché non riusciamo a imporre le nostre regole.

Soffriamo inutilmente, perché il seme della nostra crescita sta proprio nell'amore. Quanto più amiamo, tanto più siamo vicini all'esperienza spirituale. I veri illuminati, con l'anima infervorata dell'amore, vincevano tutti i preconcetti dell'epoca. Cantavano, ridevano, pregavano a voce alta, danzavano, condividevano ciò che san Paolo ha definito la "santa follia". Erano pieni di gioia, perché chi ama riesce a vincere il mondo, non ha paura di perdere nulla. Il vero amore è un atto di totale abbandono...

*Paulo Coelho,
"Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto"*

III

Il potere del medico e l'aspetto "salvifico" della medicina

Kraften av doktoren og aspekten av frelse av medisinen

ALMAN *...il primo dovere di un medico. Lo sapete, forse?*

ISAK *Certo, se mi lasciate pensare un momento.*

ALMAN *Fate con comodo.*

ISAK *Il primo dovere di un medico... il primo dovere di un medico... il primo dovere... oh, l'ho dimenticato.*

(Avevo la fronte madida di un freddo sudore, ma continuavo a guardare Alman dritto negli occhi. Egli si chinò verso di me e parlò in tono calmo e cortese)

ALMAN *Il primo dovere di un medico è: chiedere perdono.*

I. BERGMAN⁴³

Nel corso dei secoli la medicina si è rivestita di miti e ritualità fortemente radicati nell'immaginario collettivo; miti e riti che si guarda bene dallo sfatare, perché sostengono il prestigio di cui da sempre gode. Ospedali ed università sono i tradizionali templi dall'alto dei quali i sacerdoti di questo antico culto esercitano, e perpetuano, il loro potere.⁴⁴

⁴³ Dialogo tratto dal film: Bergman I., *Smultronstället*, Svezia, 1957; versione doppiata in italiano, *Il posto delle fragole*, Sampaolo audiovisivi

⁴⁴ Picciafuoco M., *Quali confini e limiti ha la medicina?*, articolo tratto dal sito web: www.qlmed.org/Scopi/picciafuoco.htm

3.1 Fiabe, miti e medicina

3.1 *Fabel, myter og medisiner*

*“Lucifero, sbalordito dal gran numero di dannati che accusano la moglie di averli mandati all’inferno, decide un esperimento: spedisce sulla terra Belfagor, un diavolo minore, a prender moglie. Belfagor sale a Firenze e tosto si accasa con una gentildonna della nobile famiglia Donati, per accorgersi ben presto di aver fatto un pessimo affare. La moglie si rivela infatti bisbetica e lo tormenta con i capricci e le angherie che la tradizione ritiene tipici del sesso femminile. Belfagor cerca allora scampo nella fuga e può sfuggire all’inseguimento dei parenti acquisiti solo mediante l’aiuto di un contadino che lo nasconde in un mucchio di letame. Per sdebitarsi con lui, Belfagor gli promette allora di farlo ricco, trasformandolo in un medico alla moda: il diavolo Belfagor penetrerà nel corpo di facoltose signore ed il contadino si offrirà per liberare le indemoniate del loro male. Così avviene, ed il contadino diventa celebre e danaroso, ma Belfagor, pagato ormai il suo debito, dichiara di non voler più prestarsi all’imbroglio. Accade però che, ammalatasi la figlia del re, il contadino-medico sia costretto ad accettare di guarirla, pena la testa, e poiché inutili risulteranno i suoi tentativi di convincere Belfagor ad abbandonare il nuovo rifugio, il furbo contadino ricorrerà allora ad uno stratagemma: organizzato un grande frastuono, spiegherà al diavolo incuriosito che il rumore è dovuto alla moglie abbandonata che sta sopraggiungendo. Il povero diavolo dovrà perciò darsela ancora a gambe e questa volta fin nel profondo dell’inferno”.*⁴⁵

Ecco così illustrata la manipolazione maniacale onnipotente del malato che si ammala affinché il medico possa poi liberarlo dalla malattia; è un corpo estraneo che fa ammalare, basta rimuoverlo per riacquistare la salute. Il medico è onnipotente perché può sia far ammalare che guarire. Medicina e magia riconoscono così la loro sorgente comune, come

⁴⁵ Macchiavelli N., *Belfagor*, 1520, in *Tutte le opere*, vol. II, Mondadori, 1950

comprova l'etimologia che fa discendere dalla radice persiana *med* sia la magia dei *Medi*, che la *medicina* e la stessa più generica *meditazione*.⁴⁶

Se si analizzano le metafore di guarigione rappresentate dalle fiabe e con le quali l'uomo ha cercato, fin dalla più remota antichità, di interpretare morte, malattie e possibilità di guarigione, si constata che quest'ultima avveniva e può avvenire anche in situazioni nelle quali non riusciamo a vedere un rapporto fra causa ed effetto, fra farmaco, effetto biologico e guarigione.⁴⁷

Nei racconti di guarigione presenti, ad esempio, nelle "Fiabe Italiane" di Italo Calvino, nelle antiche fiabe russe e nelle "Mille e una notte", non si tratta solo di eliminare una patologia, ma di dare una risposta - ed è questo il valore metaforico che ha il rimedio in quel contesto - alla fragilità intrinseca dell'esistenza umana, alla ricerca di significato e al bisogno di una norma di comportamento. I rimedi forniti dalle fiabe - la penna di Hu, l'erba dei leoni o la rosa fatata - non sono solo scientificamente più efficaci, ma anche metafisicamente più efficaci.

Ma c'è anche un altro motivo per dare alle fiabe una priorità nella riflessione sulla nuova cultura della cura. Le fiabe parlano in modo trasparente della cura come un'attività che deve obbedire a delle regole. Nella visione mitologica le regole sono date e la possibilità di modificarle

⁴⁶ Carloni G., *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*, in Di Chiara G. (a cura di), *Itinerari della psicoanalisi*, Loescher Editore, 1982, p. 38

⁴⁷ Cfr. Cavicchi I., *Il rimedio e la cura*, Editori Riuniti, 1999, p. 7

è molto limitata. Se praticata al di fuori delle regole o contro di esse, la cura da attività benefica può diventare una minaccia.⁴⁸ In un libro dedicato al rapporto tra il medico e la morte nelle fiabe, il celebre teologo e psicanalista tedesco Eugen Drewermann⁴⁹ ha ricostruito con acume la trama delle regole che limitano il potere del terapeuta, a cominciare dal discernimento tra le malattie che possono essere curate e quelle che devono essere lasciate al loro decorso naturale. Come punto di partenza per descrivere il rapporto tra il medico e le malattie mortali nella cultura tradizionale Drewermann sceglie la fiaba “Comare Morte”⁵⁰ (“Gevatter Tod” - il padrino Morte nell’originale tedesco, così come si trova nella raccolta dei fratelli Grimm).

“Protagonista è un medico che ha ricevuto dalla Morte, sua madrina di battesimo, oltre alla conoscenza dei rimedi curativi, anche il dono di riconoscere se il paziente presso cui è chiamato a prestare la sua opera professionale è destinato a vivere o a morire: se la Morte - che solo lui ha il privilegio di vedere - si trova al capezzale del malato, questi vivrà; se invece sta ai suoi piedi, è destinato a morire. Il medico per due volte - essendosi ammalato il re e successivamente sua figlia - dà scacco alla morte, ricorrendo a un’astuzia: fa girare il letto, così che la morte venga a trovarsi al capezzale dell’infermo. La trasgressione delle regole viene tuttavia pagata a caro prezzo dal medico, condannato a morire lui stesso”.

La cultura tradizionale, che si esprime attraverso il nostro immaginario, non riconosce un potere illimitato alla scienza medica: la

⁴⁸ Spinsanti S., *Verso la medicina delle scelte*, articolo tratto dal sito web: www.qlmed.org/Scopi/spinsanti.htm

⁴⁹ Il libro a cui si fa riferimento è: Drewermann E., *Der Herr Gevatter. Artz und Tod in Märchen*, Walter, 1990

⁵⁰ Grimm J. e W., *Comare Morte*, in *Le fiabe del focolare*, Einaudi, 1951, pp. 188-190

facoltà di invertire il corso naturale degli eventi può essere esercitata solo entro confini definiti. La regola fondamentale che nel racconto fiabesco inquadra la cura è il rispetto dei limiti.⁵¹

3.2 Confini professionali

3.2 Fagmann grenser

I confini professionali definiscono i limiti emotivi e fisici della relazione medico-paziente, basati su un mutuo intendimento. La distanza tra individui dal punto di vista psicologico e sociale è particolarmente importante nelle situazioni in cui c'è una differenza di potere. Recentemente diversi autori, che sono intervenuti su questo argomento, hanno affermato che i confini vengono costruiti nel tempo da ambedue i protagonisti della coppia terapeutica e negoziati più o meno esplicitamente. Hanno inoltre esaminato la situazione in cui i confini non vengono rispettati da una parte o dall'altra: dal disagio delle persone coinvolte, si giunge presto all'indebolimento della funzione curante, fino alla perdita delle possibilità dell'agire terapeutico. Alla stessa tipologia relazionale si ascrivono anche i casi che fanno scalpore, dove si riscontra l'abuso e lo sfruttamento dei pazienti da parte dei medici.⁵²

⁵¹ Spinsanti S., *op. cit.*

⁵² Cfr. Parisi M., *Medico e paziente violano i confini*, articolo tratto dal sito web: www.utetperiodici.it/medicina/occhio/casi/1098com.html

Il seguente caso ⁵³, che si potrebbe intitolare “Sedotta e abbandonata: una partita persa fin dall’inizio”, esordisce con una violazione dei confini professionali, sia da parte della paziente sia da parte del medico:

“Una domenica di qualche mese fa, all’ora di pranzo, ho ricevuto la telefonata della madre di una mia paziente, Clara C.: l’anziana signora sembrava preoccupatissima per la figlia che vomitava, era scossa da tremori, aveva palpitazioni, sudava caldo e freddo, oltre a presentare molte altre manifestazioni che ora ho dimenticato. Io non ero altrettanto preoccupata: proprio questa dozzina di sintomi, associata all’età di Clara (35 anni) e al suo fino ad allora ottimo stato di salute, mi inducevano a etichettare il tutto come una crisi di ansia. Ma l’atmosfera percepita all’altro capo del telefono era di una reale sofferenza e non mi andava di farla gestire in modo sbrigativo dal pronto soccorso con una fiala di “diazepam”; per di più, l’accorato appello della madre: “Venga a visitarla, anche a pagamento”, se da una parte mi dava la misura del bisogno, dall’altra mi irritava profondamente: l’avrei visitata, e gratis! La mia esibizione di gratuita disponibilità umana mi è costata l’intero pomeriggio domenicale, durante il quale ho appreso che il marito di Clara s’era invaghito di una collega di lavoro, ovviamente giovane e carina (“Sa, dottoressa, di quella bellezza un po’ volgare”) per la quale aveva abbandonato tetto coniugale, moglie e due figli piccoli. Il più grandicello soffriva molto della mancanza del padre, il quale ne era certo tormentato, ma non al punto da recedere dal suo proponimento di andare a vivere con la bella “rovinafamiglie”; quest’ultima però, per il momento, lo teneva in quarantena, su una brandina nel bilocale della madre, non sapendosi decidere a un passo definitivo.

Questo, a mio parere, gettava uno spiraglio sulla situazione: era chiaro che la passione era ricambiata tiepidamente e che l’esistenza dei due bambini, se non era un ostacolo ai progetti di lui, lo era di sicuro a quelli della nuova compagna. Racconto questo perché, avendo annusato odore di ritorno all’ovile a medio termine, mi sforzavo in ogni modo di attenuare i giudizi tremendi che la mia paziente dava di suo marito, mettendo l’accento più sulla ben nota debolezza maschile che sulla perversità, ricordandole le sue indubbe qualità di padre che io stessa avevo notato, consigliandole una tattica che rifuggisse dalle manifestazioni di disprezzo, così come da quelle di disperazione, e che la mettesse in luce come una donna sufficiente a se stessa ma ancora disponibile alla ricostruzione del rapporto. Insomma mi era sembrato di averle offerto la mia solidarietà (oltre a qualche goccia di “bromazepam” al bisogno) ma, al tempo stesso, la chiave di un possibile recupero della figura del marito, di cui avevo enfatizzato i lati positivi.

Come è finita la storia?

Nel giro di due mesi il marito è tornato a casa, e anche l’armonia fra i coniugi, come mi ha riferito la madre di Clara. Io non li ho più visti, perché tra i primi atti della risuggellata unione, c’è stata la mia revoca come medico curante”.

⁵³ *Ibidem*

Da chi e come sono stati violati i confini nel caso narrato? Innanzitutto dalla mamma della paziente, che telefona a casa del medico all'ora di pranzo di domenica, cioè in un momento dedicato giustamente ai doveri familiari e personali del professionista. Si potrebbe obiettare che forse quel medico ha abituato così i suoi assistiti, che non c'era di fatto un confine da violare. Dalle sue reazioni non sembrerebbe così, piuttosto parrebbe preso alla sprovvista.

Ma i confini vengono violati anche dal medico, allorquando si trattiene l'intero pomeriggio domenicale ad ascoltare la triste, sciocca storia. Così facendo il medico sosta oltre il confine professionale, perché si trasforma in contenitore inerte alla mercé della paziente per l'intero pomeriggio, in una relazione non professionale, priva di connotazione terapeutica e quindi non rappresentabile in una cornice conosciuta (consultazione, visita). Perdere il pomeriggio della domenica non fa male solo al medico, ma anche al paziente. La povera dottoressa è stata sedotta, è caduta nella trappola, uscendo dalla cornice della praticabilità professionale. Oltre al danno, la beffa.⁵⁴

⁵⁴ *Ibidem*

3.3 L'illusione onnipotente

3.3 Illusjonen omnipotent

Come mai il medico si lascia trascinare fuori dai suoi confini? Leggendo la storia si ha l'impressione che la paziente non stia nella pelle dall'urgenza di rompere i confini del proprio ruolo, come del resto ha fatto il marito fuggendo di casa. Marito, Clara, dottoressa, tutti sedotti dall'illusione che non esistano i confini, i limiti: per il marito il limite del matrimonio, per Clara quello della potenza terapeutica, per la dottoressa quello professionale. Come in un gioco di specchi, l'illusione onnipotente si riproduce all'infinito, e seduce la dottoressa, al punto che la solidarietà di genere, nobilissimo sentimento che con la solidarietà di specie costituisce la molla di parte del lavoro delle professioni di aiuto, qui si trasforma in una lama a doppio taglio, e da utile motore diventa adesione incondizionata, senza confini.

Il caso si presta anche a un'altra riflessione: in un momento di smodata esibizione onnipotente di illimitate possibilità tecniche, la medicina ha bisogno di voci dal proprio interno che tentino di trasmettere ai malati il senso del limite, e viene da chiedersi il significato di certe azioni del medico nell'ambito psicosociale, quando egli tende a sostituirsi al prete, al confidente, allo psicologo, al consulente familiare.

Non ha anche lui la stessa pretesa onnipotente della soluzione tecnico clinica a tutte le questioni? Probabilmente anche accettare i limiti

del proprio operato nella scena in cui proporre la propria assistenza, è un'azione parlante curativa utile ai malati.⁵⁵

Combattere la morte è uno dei tradizionali scopi della medicina che, effettivamente, riesce oggi a salvare pazienti che fino a poco tempo fa sarebbero stati condannati a morte certa (si prendano ad esempio le più moderne tecniche rianimatorie o i trapianti di organo); è più che lecito andarne orgogliosi, ma il rischio di credersi onnipotenti esiste. Non a caso, nella pratica di tutti i giorni, si assiste spesso ad episodi di accanimento diagnostico/terapeutico nei quali, ad un certo punto, non si capisce più se il medico combatte per il paziente o per se stesso.⁵⁶

A proposito del perché e del come il medico si pone nella relazione terapeutica, mi viene in mente un riferimento artistico: il film “Il posto delle Fragole” di Ingmar Bergman.⁵⁷ E' la storia del ciclo dell'esistenza del quasi ottantenne Dr. Borg, colta attraverso il racconto del suo viaggio da Stoccolma a Lund dove deve ricevere un solenne riconoscimento alla sua opera di medico. Il vecchio medico ci è presentato un pò scostante, irritabile e poco cortese con la nuora che, alla guida dell'auto, lo accompagna verso Lund.

⁵⁵ *Ibidem*

⁵⁶ Cfr. Picciafuoco M., *op. cit.*

⁵⁷ Bergman I., *op. cit.* Tra gli altri film visionati durante la realizzazione della tesi, che hanno offerto spunti di riflessione, si segnalano: Hitchcock A., *Spellbound*, USA, 1945, versione doppiata in italiano, *Io ti salverò*, Broadcast pubblicazioni; Moretti N., *La stanza del figlio*, Italia, 2001; Seunke O., *De Smaak von Water*, Olanda, 1982, versione doppiata in italiano, *Il sapore dell'acqua*, LEDHA pubblicazioni; Truffaut F., *L'enfant sauvage*, Francia, 1969, versione doppiata in italiano, *Il ragazzo selvaggio*.

Durante il viaggio, il Dr. Borg si assopisce e sogna. Nel primo sogno vediamo una bara che trasportata da cavalli imbizzarriti scivola sulla strada e aprendosi svela al Dr. Borg se stesso cadavere: un preannuncio di morte che costringe il medico a ripercorrere con l'immaginazione l'itinerario della sua vita da quando, attorniato dai suoi cari, trascorreva le sue vacanze nella villa di campagna: "il posto delle fragole". Capiamo così le prime egoistiche negazioni delle sue emozioni adolescenziali in funzione di una costruzione difensiva caratteriale estremamente formale e assai distaccata nella relazione con i fratelli, con i coetanei, con le amiche: tale aridità affettiva lo rende molto funzionale nella carriera professionale ma lo predispone al fallimento matrimoniale e a una deformata relazione con l'unico figlio che ha reso manipolatorio ed emozionalmente carente a sua immagine e somiglianza.

Bergman ci chiarisce tutto ciò attraverso sogni e incontri occasionali che il Dr. Borg fa durante il viaggio: un incontro con degli adolescenti (da cui scaturiscono ripensamenti e reazioni depressive) e con una coppia di coniugi conflittualmente sadica (che fa rivivere sentimenti di colpa verso la moglie che egli stesso ha costretto al tradimento al fine di uscire dal rapporto con la falsa coscienza di "aver ragione, di essere virtuoso, di essere a posto").

Ma il punto centrale del film, che interessa direttamente il nostro tema, è il sogno che il Dr. Borg vive proprio prima della conclusione del

suo viaggio. Egli si trova seduto su un banco di scuola presso una cattedra mentre è esaminato da un docente freddo e implacabile: gli vengono mostrati una paziente su un lettino ed un vetrino al microscopio. Il Dr. Borg si trova del tutto impreparato: confuso e smarrito balbetta risposte incomprensibili: gli viene mostrata una formula alla lavagna ed egli non trova soluzione alcuna.

L'esaminatore fa l'ultima domanda: "Sa qual è il primo dovere del medico?", il vecchio medico dice di non ricordarlo e chiede: "Qual è il primo dovere del medico?". L'esaminatore risponde: "Il primo dovere del medico è chiedere perdono".⁵⁸

Naturalmente critici e saggisti hanno molto discusso sul perché Bergman ha posto questa perentoria asserzione entro questo film che è senza dubbio il suo capolavoro. Alcuni hanno chiamato in causa la sua esperienza di paziente nella relazione coi medici (affetto da depressione ha subito ripetuti ricoveri e varie applicazioni di elettroshockterapia), ma forse, più semplicemente, la sensibilità dell'artista ha colto una costante insita proprio nella radice psichica della vocazione medica che per diventare sana abbisogna in qualche modo di affrontare l'esperienza del perdono. Di fatto gli psicologi clinici hanno chiamato in causa, quale comune denominatore della radice della vocazione a curare del medico,

⁵⁸ Cfr. Canestrari R., *Le radici della relazione medico-paziente*, articolo tratto da "Il medico & il management", sito web: www.accmed.net/mm/medm99/pubbl/f9105.htm

una inconscia e consistente inclinazione superba, onnipotente e maniacale, alla manipolazione del paziente.⁵⁹

“Perdono, ma per quali colpe? Essenzialmente per la presunzione e l’indiscrezione perpetuamente connesse con la pretesa terapeutica. La presunzione, l’arroganza di credersi capace di risolvere le difficoltà, correggere le distorsioni, colmare le lacune del paziente; la superbia di sapere le cause del suo dolore, della sua angoscia, della sua insufficienza, d’interpretarne il significato, di prevederne gli sviluppi e gli esiti; la vanità di ritenersi indispensabile, grande e generoso e di poter utilizzare l’altro per questa gratificazione narcisistica”.⁶⁰

Alcuni autori hanno ipotizzato che sotto tale radice maniacale e onnipotente a curare, ci sia una difesa controfobica alla paura di subire il ruolo di malato oppure anche una intensa motivazione a essere genitore (cosicché i pazienti sarebbero i tanti figli desiderati); altri hanno sottolineato l’esigenza, in chi avverte la vocazione medica, di porre riparo ai danni che inconsciamente pensa di procurare agli altri per un interno e colpevole eccesso di aggressività. Queste ipotesi restano nel regno della speculazione accademica.

Quello che è importante definire, in questa sede, è come neutralizzare l’onnipotenza manipolatoria insita nella radice della vocazione medica. Tale inclinazione a diventare medico deve lasciare il

⁵⁹ *Ibidem*

⁶⁰ Carloni G., *op. cit.*, pp. 13-14

posto ad una sana declinazione depressiva ad essere terapeuti. Essere terapeuti significa, infatti, vivere sentimenti di inadeguatezza, di costante precarietà rispetto al proprio “potere-sapere”. E i comportamenti che derivano da tali qualità umane sono impostati alla modestia, al senso di incompletezza, all’apertura alla comunicazione, al fare delle domande, a inviti a condividere l’incertezza, l’ignoranza e a cercare collaborazioni, a chiedere conoscenza ad altri saperi.⁶¹

Un medico siffatto è del tutto coerente con il vero sapere medico giacché si avvicina all’immagine di colui che non solo cura, ma ha cura del proprio paziente in quanto lui pure sente la propria incompletezza, lui pure è luogo di sofferenza, è egli stesso un paziente (“il guaritore ferito”). Il passaggio dall’onnipotenza autoritaria alla consapevolezza dei propri limiti appare dunque necessario nel percorso dell’identità personale del medico.

Se si vuole storicizzare questo percorso, un medico, in un contesto sociale tipicamente contadino, viene idealizzato dai pazienti con l’aureola prestigiosa del padre ponendosi essi come figli. Nella società industriale, con la trasformazione dei valori della famiglia patriarcale in valori della famiglia biologica, con la comparsa della medicina sociale (una conquista di grande civiltà) che turba il rito sociale e suggestivo del rapporto medico-paziente, con l’aumento notevole della scolarità e delle

⁶¹ Cfr. Canestrari R., *op. cit.*

informazioni e conseguentemente con l'innalzamento del livello di autonomia dei pazienti, viene messo in crisi il modello paternalistico per cui il medico viene man mano perdendo la sua autorità da prestigio ed è costretto a guadagnarsi la stima del paziente attraverso l'acquisizione dell'autorità da competenza scientifica e comunicativa per ottenere il consenso. Per tutte queste ragioni, le radici emotive profonde sia del medico che del paziente sembrano, soprattutto nell'era del consenso informato, diminuire la loro intensità, la loro forza determinante nel guidare la relazione medico-paziente che si arricchisce maggiormente di razionalità, di scelta consapevole e di reciproca responsabilità.

La conoscenza delle radici onnipotenti e la loro necessaria neutralizzazione e trasformazione in attitudini improntate alla virtù dell'umiltà, del rispetto e dell'aver cura del paziente, rimane comunque un fatto essenziale nella formazione del medico. Purtroppo, nella pratica clinica si è lontani dall'assunzione consapevole di una buona relazione medico-paziente. Oggi prevale un tipo di relazione influenzata dalla imperante "risposta tecnologica alla malattia".⁶² Questa tecnicizzazione

⁶² *Ibidem*. "Ne consegue che, di fronte alle tecniche di contraccezione e di fecondazione artificiale, alle tecniche di intervento sugli embrioni, alle sofisticate modalità della manipolazione cromosomica, alle tecniche per i trapianti d'organo, per il cambiamento di sesso, per le sperimentazioni sempre più sottili con gli psicofarmaci, a certe tecniche utilizzate nel cosiddetto accanimento diagnostico e terapeutico, il medico di oggi corre il rischio di essere affascinato dall'identificazione con lo strumento tecnologico e finire, sempre più frequentemente, con lo svolgere il ruolo di esecutore: un personaggio che potrebbe perdere il contatto con il senso fondamentale dell'esistenza, proprio nel momento in cui il contesto socio-politico, con la decadenza del "sacro" e del valore della famiglia, gli affida compiti delicatissimi nelle fasi più importanti della crescita della persona: nell'adolescenza (con la prescrizione della contraccezione), nell'età giovane adulta (con l'attuazione delle pratiche abortive da un lato e con le tecniche della maternità assistita dall'altro), nel climaterio (con le prescrizioni ormonali), nella senescenza (con le cure a lungo termine), nelle malattie mortali (con i problemi relativi alla preparazione a una buona morte)".

del ruolo medico, spesso esibita con sufficienza, andrebbe più ponderata; i medici non possono ridursi al semplice livello operativo di ciò che appare legittimato o dal progresso tecnologico o dal costume sociale in senso lato.⁶³

Il principio che regola il modello tradizionale di etica in medicina è essenzialmente riconducibile a una proposizione che si presenta armata della forza dell'evidenza: è bene fare tutto ciò che produce un beneficio al paziente. Trasposto dalla medicina curativa - dove il bene da procurare al paziente equivale alla diagnosi accurata e alla terapia efficace della patologia in atto - alla medicina preventiva, il principio comporta l'attribuzione di un valore positivo a tutte le azioni rivolte ad assicurare una vita senza malattie e ad impedire morti precoci.

C'è anche chi si spinge a richiedere alla medicina che non miri solo a sconfiggere le malattie e a prevenirle, ma tenda a promuovere la "piena salute", cioè lo sviluppo delle potenzialità umane al loro massimo, avendo come parametri di riferimento non gli scostamenti patologici dalla normalità, ma le realizzazioni umane eccellenti.⁶⁴

Quest'aspettativa sociale ha caricato i medici di pesi veramente gravosi, fino a teorizzare un "diritto alla salute", che essi avrebbero il dovere di garantire. In una società secolarizzata, che considera la

⁶³ *Ibidem*

⁶⁴ Cfr. Spinsanti S., *Salute di tutti e responsabilità sociale*, articolo tratto dal Convegno dell'Associazione A.I.Pa.S. "Salute biografica come libertà per: missione di vita", 1998, sito web: www.aipas.com/convegno/atti/98/spinsanti.htm

“macchina-corpo” come il tutto della persona umana, chi si interessa della sua efficienza - costruzione, riparazione, miglioramento ed eventuale distruzione - non può che vestire i panni di sommo e unico sacerdote.⁶⁵

Se si osserva il comportamento dei medici, si vede che sono persone che hanno acquisito, sia tramite i loro studi sia attraverso il particolare mestiere che fanno, “un’aura” di autorità, cioè una sorta di “sussiego superiore”, per cui sono persone che sanno rapportarsi agli altri mettendosi su una sorta di piedistallo. Un piedistallo tecnico, di potere medico, che è un piedistallo sociale e in qualche modo, però anche un piedistallo magico. “L’aura” del medico è, in parte, effetto dei pazienti.⁶⁶

Se il corpo è sano, una persona può occuparsi liberamente e autonomamente dei propri affari, ma tutto ciò cambia non appena subentra una malattia. L’uomo sano diventa un paziente, l’adulto si trasforma in bambino. L’individuo prima pieno di dignità e di salute viene improvvisamente dominato dalla paura, torturato dal dolore e minacciato dalla morte, e allora si verifica in lui una strana forma di regressione: il paziente non è più il padrone del proprio corpo, bensì la sua vittima, e sotto l’influenza della malattia fisica anche la psiche sembra

⁶⁵ Cantoni L., “La carta degli Operatori sanitari”. *Una presentazione*, articolo tratto da *Cristianità* n°239, 1995, sito web: www.alleanzacattolica.org/indici/articoli/cantoni1239.htm

⁶⁶ Jervis G., *Il problema della psicoterapia nei Servizi psichiatrici*, in Ferro A.M. e Jervis G. (a cura di), *La bottega della psichiatria, dialoghi sull’operare psichiatrico a vent’anni dalla legge 180*, Boringhieri Editore, 1999, pp. 21-22

subire una trasformazione. In una situazione del genere il medico diventa il grande soccorritore, la fonte di ogni speranza. Temuto, rispettato, odiato e ammirato, in certi momenti sembra quasi un redentore divino. Il medico può guarire, alleviare il dolore, rendere sopportabile l'esperienza della morte: senza di lui il paziente è perduto.⁶⁷

Secondo un'ottica puramente intellettuale, il medico sa bene che i suoi pazienti sono persone come lui ma, se è onesto, dovrà riconoscere che spesso non è possibile evitare di assumere nei loro confronti un atteggiamento negativo. Specialmente per il medico ospedaliero i pazienti diventano spesso una massa di bambini irragionevoli, povere creature infelici, senza stato sociale e senza dignità, un tipo di umanità totalmente diverso, e forse inferiore al suo: non prendono le medicine, fanno cose che sono loro dannose, a volte obbediscono a volte no, proprio come bambini piccoli. Spesso questa situazione crea una polarità fra il paziente regredito, infantile e pauroso, da un alto, e, dall'altro, il medico superiore, orgoglioso, distante, anche se ancora abbastanza cortese.⁶⁸

⁶⁷ Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 68

⁶⁸ *Ibidem*, p. 69

***...Ah, se solo potessi strapparmi il cuore dal petto e
lanciarlo nella corrente, allora non ci sarebbero più dolore
né nostalgia né ricordi...***

*Paulo Coelho,
"Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto"*

IV

Archetipo guaritore-paziente e potere. Un'analisi nel campo del medico

Archetype healer-pasient og kraften. En analyse i feltet av doktoren

Il rapporto guaritore-paziente, fondamentale come quello uomo-donna, padre-figlio, madre-bambino, è archetipo, secondo ciò che intendeva Jung, è cioè una forma di comportamento potenziale innato nell'uomo. E' possibile che nell'archetipo guaritore-paziente si annidi la sete di potere? Prima di cercare di rispondere a questa domanda, dobbiamo tratteggiare brevemente i molti significati che la parola "potere" può assumere.

In un rapporto umano sono di fronte due soggetti, ciascuno dei quali si pone in quanto tale nei confronti dell'altro. In un rapporto in cui il potere è il fattore dominante, un soggetto cerca di ridurre l'altro a oggetto e questo si sottomette al primo. Ovvero l'oggetto può ora essere

manipolato dal soggetto ai propri fini. Una situazione di questo tipo aumenta il senso di importanza che il soggetto ha di sé e solleva l'oggetto dalla responsabilità. Questo è un tipo di potere.

Un'altra varietà è "l'autodeificazione"; solo Dio o gli dei hanno diritto di dominare gli uomini, ma un essere umano che è posseduto dal "complesso divino" tenta di dominare altri esseri umani, come se fosse un dio. Esempi di una tale autodeificazione furono gli imperatori romani, Napoleone, Hitler.⁶⁹

Una terza manifestazione di potere si esterna in alcune situazioni archetipico-collettive come, ad esempio, quella del capo con la sua tribù, del re con i suoi sudditi.

In ogni epoca incontriamo il problema del potere nel rapporto medico-paziente ed il culto che in tempi moderni circonda il medico ne è almeno in parte l'espressione. Il termine "culto" sta ad indicare la venerazione pubblica ed il prestigio sociale di cui egli gode in quanto persona che "ha nelle proprie mani la vita e la morte, la malattia e la salute". Questo culto è presente nei romanzi, nelle biografie di medici, nei film popolari e nelle serie televisive. E ad esso è collegato anche il potere, che lo rafforza e dal quale viene rafforzato, che il medico è in grado di esercitare negli ospedali. Il primario dittatore, i cui umori terrorizzano i pazienti, che fa tremare infermieri ed internisti con un

⁶⁹ Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 71

brontolio, è una figura ben nota; i pazienti non osano fargli domande per paura di essere trattati bruscamente e tuttavia molti di loro, come pure tanti infermieri e tanti studenti, ammirano una tale dimostrazione di potere e rispettano il grande, potente guaritore mentre avanza come un semidio nelle corsie dell'ospedale, seguito da uno sciame di assistenti.⁷⁰

Un medico che abusa della sua posizione per esercitare un potere sembra invece un piccolo tiranno ridicolo, borioso e moralmente riprovevole. Lascia aspettare i pazienti per ore, trattenendosi tranquillamente a parlare con gli infermieri, dà scarsissime informazioni ai malati sulle loro condizioni ed impartisce ordini senza alcuna spiegazione; incute timore ad infermieri e pazienti e nello stesso tempo rivolge loro parole di incoraggiamento. Avanza tra le corsie come un sultano che passa in rassegna i suoi schiavi inermi: tutto questo sembra meschino, nient'affatto ammirevole.

Ci troviamo qui di fronte al problema della natura del potere del medico. Salute e malattia, guaritore e malato, medico e paziente sono situazioni archetipiche: il potere è parte di esse allo stesso modo in cui lo è dell'archetipo re-suddito?

E' possibile che il tipo di potere descritto nel rapporto tra medico e paziente sia soltanto negativo e distruttivo, che sia un tentativo di trasformare in oggetto un soggetto e di degradare l'umanità dell'altro?

⁷⁰ *Ibidem*, p. 72

Non sembra sostenibile affermare che i medici siano guidati da forze distruttive così forti; hanno scelto questa professione per essere in grado di guarire ed è quindi difficile pensare che i motivi principali di questa scelta siano stati così negativi.

Si tratta allora di una forma di autodeificazione, di un complesso divino che si attiva nella professione medica? Può darsi che sia così, ma la futilità e banalità del fenomeno sembrano contraddire quest'idea.

Le varie specie di potere descritte finora sembrano estranee al problema che stiamo analizzando.⁷¹

4.1 La scissione dell'archetipo

4.1 Delingen av archetype

L'archetipo può essere definito come una innata potenzialità di comportamento. Quando gli esseri umani si trovano di fronte ad una situazione tipica e ricorrente, reagiscono archetipicamente a persone o cose: la madre reagisce archetipicamente nei confronti del figlio o della figlia, l'uomo reagisce archetipicamente nei confronti della donna, e così via; in questo senso certi archetipi hanno, per così dire, due poli. Nella situazione di base dell'archetipo c'è una polarità.

Naturalmente non sappiamo con precisione come sia nato il comportamento archetipico; forse in origine un polo dell'archetipo era

⁷¹ *Ibidem*, p. 73

contenuto nell'individuo e l'altro polo era fuori di lui, ma nella psicologia umana ambedue i poli sono all'interno dello stesso individuo. Ciascuno di noi nasce con i due poli dentro di sé; se uno di essi si costella nel mondo interiore, si costellerà anche quello interno di segno opposto.⁷²

Secondo questo modo di vedere è possibile avanzare l'ipotesi che non esista un particolare archetipo del guaritore o del paziente, ma che essi siano due aspetti dello stesso archetipo.

Quando una persona si ammala, viene costellato l'archetipo guaritore-paziente; il malato cerca il guaritore esterno, ma nello stesso tempo si attiva anche il guaritore intrapsichico a cui spesso facciamo riferimento chiamandolo il "fattore di guarigione". E' il medico che esiste all'interno del paziente stesso e la sua azione curativa è uguale a quella del medico che compare sulla scena esterna. Nessuna ferita può rimarginarsi e nessuna malattia può risolversi senza l'azione curativa del guaritore interno. Per molti disturbi è necessaria l'assistenza di un medico esterno, la cui opera però non può essere efficace senza la collaborazione del medico interno. Il medico può ricucire una ferita, ma per superare una malattia è necessario che qualcosa nel corpo e nella psiche del paziente dia una mano.

Tornando alla figura del medico, l'immagine mitologica del guaritore ferito è molto diffusa e, da un punto di vista psicologico, ciò

⁷² *Ibidem*, p. 75

significa non solo che il paziente ha un medico dentro di sé, ma anche che nel medico esiste un paziente.⁷³

La tensione della polarità non può essere sopportata facilmente dalla psiche umana, l'Io ama la chiarezza e tenta di eliminare l'ambivalenza interiore. Un tale bisogno di certezza può causare una sorta di scissione degli archetipi polari, in cui uno dei poli può essere represso e continuare a operare nell'inconscio, causando eventuali disturbi psichici.

La parte repressa dell'archetipo può essere proiettata sul mondo esterno; il paziente, ad esempio, può proiettare il proprio guaritore interno sul medico curante e questi può proiettare su di lui le proprie ferite. La proiezione di un polo dell'archetipo sul mondo esterno può dare una momentanea soddisfazione, ma alla lunga significa che il processo psichico è bloccato. In una situazione del genere, ad esempio, un paziente può disinteressarsi della sua cura: saranno il medico, gli infermieri e l'ospedale a guarirlo. Non sente più alcuna responsabilità e comincia, consciamente o inconsciamente, ad affidare completamente al medico le possibilità di miglioramento. Un paziente di questo genere può seguire o no le prescrizioni del medico, può prendere le medicine o buttarle nel lavandino; gli ospedali sono pieni di tipi come lui che

⁷³ *Ibidem*, p. 77. “Chirone, il centauro che insegnò ad Esculapio l'arte di guaritore, era affetto da piaghe incurabili. A Babilonia c'era una dea-cane con due nomi: con quello di Gula era la morte, con quello di Labartu era la guarigione”.

soffrono sempre di qualche malanno, in cui non c'è alcun segno di volontà di guarire o di ciò che potremmo chiamare una coscienza della salute, che seguono suggerimenti del medico o vi si ribellano come scolaretti che credono che solo l'insegnante debba essere attivo nel processo di apprendimento.

La repressione di un polo dell'archetipo porta il medico alla situazione opposta, poiché comincia ad avere l'impressione di non aver nulla a che fare con le debolezze, la malattia e le ferite.⁷⁴ Si sente il forte guaritore, al sicuro dalle ferite che riguardano solo i pazienti, povere creature che vivono in un mondo completamente diverso dal suo.

Finisce con il diventare un medico senza ferite che non può più costellare il fattore di guarigione nei pazienti, diventa solo medico ed i suoi pazienti solo pazienti; perde interesse per i pazienti come persone e finisce per considerarli come semplici incarnazioni di entità patologiche.⁷⁵

Ora non è più il guaritore ferito che si pone di fronte al malato costellandone il fattore di guarigione. La situazione è chiarissima: da un lato sta il medico, sano e forte, dall'altro il paziente, malato e debole.⁷⁶

⁷⁴ *Ibidem*, p. 77

⁷⁵ Cfr. Abbatecola G. e Melocchi L. (a cura di), *Il potere della medicina*, Etas Libri, 1977, p. 156

⁷⁶ Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 78

4.2 La scissione riunificata tramite il potere

4.2 Delingen gjenforener gjennom kraften

Anche se il medico cerca di rimuovere uno dei poli dell'archetipo proiettando la malattia solo sul paziente ed identificando se stesso con il polo guaritore, i pazienti, la malattia e le ferite non lo lasciano in pace, fanno parte di lui poiché un archetipo scisso tenta continuamente di ritornare alla polarità originaria.

La riunificazione con l'aspetto "mancante" della polarità può avvenire per mezzo del potere. Il medico può trasformare il paziente in oggetto del proprio desiderio di potere e questo chiarisce perché il potere da lui esercitato dia una tale impressione di meschinità e squallore. E' il risultato di un parziale fallimento sia da parte del medico che del paziente: il primo non è più capace di vedere le proprie ferite ed il proprio potenziale di malattia, che attribuisce solo all'altro, la oggettività e prende le distanze dalla propria debolezza, elevando se stesso e degradando il paziente. Il suo potere non è forza, ma piuttosto fallimento psicologico. Uno dei poli dell'archetipo viene rimosso, proiettato e quindi riunito all'altro polo tramite il potere. Il paziente può fare esattamente la stessa cosa, in modo contrario.⁷⁷

Il medico, pertanto, cerca di riunificare l'archetipo scisso servendosi del potere del terapeuta che proietta sul paziente l'altro polo, quello della malattia; da parte del paziente la riunificazione dell'archetipo

⁷⁷ *Ibidem*, p. 79

è possibile riconoscendo il proprio status di malato ed affidandosi totalmente al terapeuta, riconoscendo solo in lui il polo del guaritore. Ciò comunque non basta: è solo un passaggio.⁷⁸

L'uomo malato diventa l'eterno paziente il cui fattore di guarigione interno non si attiva più. Il medico diventa un uomo presuntuoso e gretto, chiuso al proprio sviluppo psicologico, e la sua capacità di costellare il fattore di guarigione nei pazienti è notevolmente diminuita. Crede di essere lui a guarire, sente di essere egli stesso questo fattore, e dimentica che il suo compito è soltanto quello di rendere possibili le sue azioni.

Una tale manifestazione di potere ha anche il suo lato positivo, poiché rappresenta per lo meno un tentativo di riunire i due poli: il medico tirannico sta lottando, a modo suo, con il problema fondamentale della sua professione. Da questo punto di vista è meglio lui del guaritore gioviale che non si prende neanche più la briga di provare almeno a dominare i suoi pazienti; questo signore, calmo e cordiale, ha talmente represso uno dei due poli dell'archetipo da non poterlo neanche più proiettare, oppure non si è mai realmente confrontato con il problema fondamentale del medico e la sua scelta della professione è stata determinata da motivi superficiali.⁷⁹

⁷⁸ Cfr. Traversa M.T., *Il guaritore ferito*, articolo tratto da "Individuazione" (trimestrale di psicologia analitica e filosofia sperimentale) n°10, 1994, sito web: www.geagea.com/10indi/10_08.htm

⁷⁹ Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 80

E' solo il passaggio successivo che permette il superamento della scissione dell'archetipo guaritore-paziente, ed è solo il guaritore ferito che può favorirlo. L'immagine del guaritore ferito simbolizza l'acquisizione cosciente, il riconoscimento dentro di sé di tutti quegli aspetti di cui il paziente è detentore in quel particolare momento, ma di cui non è l'unico portatore. Il terapeuta può riconoscere in quelli anche i propri aspetti, vivere l'altro polo dell'archetipo e diventare così non "padrone" del paziente ma suo compagno di viaggio; non colui che guarisce, ma colui che favorisce e testimonia l'attivazione del polo guaritore, insito nel paziente.⁸⁰

Tutti abbiamo dentro di noi l'archetipo salute-malattia, ma per un medico dalla vocazione autentica esso assume un fascino particolare: ecco perché sceglie questa professione. Spesso i medici sono accusati di essere più interessati alle malattie che alle cure, ma questa è una mezza verità: essi sono attratti dall'archetipo salute-malattia e desiderano sperimentarlo. Gli uomini e le donne che scelgono la professione medica, ne sono attratti per una gran varietà di motivi psicologici, ma purtroppo non tutti sono abbastanza forti da sperimentare in continuazione i due estremi di questa polarità.⁸¹

In conclusione è forse opportuno riaffermare la sostanziale positività del potere esercitato nella professione medica: è pur vero che

⁸⁰ Traversa M.T., *op. cit.*

⁸¹ Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 81

maggiore è il potere esercitato minore sarà la possibilità di incontrare il vero guaritore, ma è sempre meglio per un medico cercare di riunire l'archetipo scisso servendosi del proprio potere, piuttosto che ignorare totalmente il polo separato.

L'operare del medico sarà creativo solo se terrà ben presente che, nonostante le sue cognizioni e la sua tecnica, il suo compito sarà, in fin dei conti, soprattutto quello di cercare di costellare nel paziente il fattore di guarigione, senza il quale non otterrà alcun risultato. Potrà attivarlo veramente solo portando dentro di sé la malattia come possibilità esistenziale. Tentando di riunire i due poli dell'archetipo tramite un meschino esercizio di potere, la sua opera sarà meno efficace, anche se lo sarà comunque di più che ignorandone totalmente la scissione o non comprendendone il significato.⁸²

⁸² *Ibidem*, pp. 82-84

...Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto. Il freddo dell'inverno mi ha fatto sentire le lacrime sul viso: lacrime calde che si sono confuse con le acque gelate che scorrono davanti a me. In qualche punto, il fiume si unisce con un altro, poi con un altro ancora, finchè, lontano dai miei occhi e dal mio cuore tutte le acque si confondano con il mare.

Che le mie lacrime scorrano lontane, perché il mio amore non sappia mai che un giorno ho pianto per lui.

Che le mie lacrime scivolino via, e solo allora, dimenticherò il fiume Pietra, il monastero, la chiesa sui Pirenei, la bruma, i cammini che abbiamo percorso insieme.

Dimenticherò le strade, le montagne e i campi dei miei sogni: sogni che mi appartenevano e che io non conoscevo...

Paulo Coelho,

"Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto"

V

Dall'archetipo guaritore-paziente all'archetipo adulto sapiente - bambino ignorante: l'insegnante

Fra archetype healer-pasient til archetype voksen sage – ignorerett barn: læren

Nel capitolo precedente sono stati accennati i problemi archetipici della professione medica, il cui modello di fondo è importante anche per alcune professioni sociali non mediche. Questo modello medico è chiaramente seguito dallo psichiatra, medico dell'anima, ma anche lo psicoterapeuta e l'analista, siano essi psicologi o medici, esercitano un'attività medica in senso generale, poiché si occupano di uomini sofferenti e cercano di aiutarli a trasformare la loro condizione psicologica.⁸³ Il carattere fondamentale della psicoterapia e dell'analisi è la ricerca della guarigione e ciò può sicuramente essere soggetto a fraintendimenti. Secondo alcuni, l'attività psicoterapeutica dovrebbe

⁸³ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 85

essere permessa solo a laureati in medicina: sarebbe meglio dire che dovrebbero essere psicoterapeuti solo coloro che sono in grado di vivere l'archetipo del guaritore ferito. Ciò non significa, naturalmente, che siano in grado di farlo soltanto coloro che possiedono la laurea in medicina, anche chi non ha una cultura specificatamente medica può essere orientato in questo senso.⁸⁴

Il terapeuta dall'orientamento medico cerca semplicemente d'aiutare il paziente a raggiungere uno stato di sanità, mentre il terapeuta orientato psicologicamente ha il compito di aiutare la psiche nel cammino verso il Sé.

L'assistente sociale moderno o l'educatore professionale esercitano "un'attività medica" allo stesso modo del dottore, dello psicoterapeuta e dell'analista: non guariscono malati nel fisico, hanno spesso la discutibile pretesa di curare malati nello spirito, ma sentono chiaramente che il loro primo dovere è di migliorare e guarire fin dove è possibile situazioni socialmente malate.⁸⁵ Di conseguenza, nonostante siano privi di una laurea in medicina e la loro preparazione non abbia nulla a che fare con essa, la loro professione sta in un certo senso sotto

⁸⁴ *Ibidem*. "Poiché la medicina ufficiale accettava con difficoltà il fatto che l'atteggiamento di fondo del medico potesse essere presente anche in persone estranee alla professione, gli psicoterapeuti e gli analisti non medici hanno cominciato a difendersi. Una delle tesi avanzate è che lo psicoterapeuta non medico debba aderire a un modello fondamentale diverso da quello del medico; si è detto che sua cura principale non è la malattia e la salute ma "l'anima", e quindi il primo scopo degli psicoterapeuti e degli analisti non medici non dovrebbe essere la salute dal paziente, ma bensì la salvezza della psiche. Dato che a volte l'Io e il Sé sono in opposizione e non perseguono gli stessi scopi – questo è il ragionamento – non sempre la salute in genere e la "salvezza dell'anima" coincidono".

⁸⁵ *Ibidem*, p. 86

lo stesso segno di quella medica.

In tutte queste professioni compare il problema dell'archetipo scisso, nelle polarità di sano-malato, conscio-inconscio, socialmente malato-socialmente sano. Il medico gretto, pomposo e affamato di potere è fondamentalmente apparentato, nella sua problematica archetipica, con lo psicoterapeuta che si comporta come un falso profeta e un ciarlatano e con l'assistente sociale che fa l'inquisitore. Sono tutti profondamente affascinati dall'archetipo guaritore-paziente; soffrono tutti a causa dei due poli; potenzialmente sono in grado di agire come guaritore ferito; tutti possono rimuovere uno dei due poli, proiettarlo e cadere così entro determinate forme di pulsione del potere.

Il problema dell'archetipo scisso è presente anche in un altro tipo di attività che è necessario annoverare fra le professioni in questione: mi riferisco all'insegnante.

Gli insegnanti sono spesso accusati di essere infantili e non realistici e ciò non è del tutto falso; quando si hanno con loro dei rapporti abbastanza stretti, si deve presto ammettere, anche se con riluttanza, che nel loro comportamento c'è una certa infantilità. In fondo a questo stato psicologico deve esserci qualcosa che affascina l'insegnante: altrimenti come potrebbe tollerare di trascorrere tutto il suo tempo fra i bambini? Un insegnante deve avere in sé una certa dinamicità

infantile, proprio come il medico deve avere un rapporto vitale con il polo della malattia.⁸⁶

L'archetipo che affascina il buon insegnante è quello dell'adulto sapiente-bambino ignaro: solo se lui stesso è contemporaneamente un adulto sapiente e un bambino ignaro potrà costellare questo archetipo nei suoi scolari. Egli deve stimolare l'adulto sapiente che è in ogni bambino, proprio come il medico deve far nascere il fattore di guarigione interno nel paziente, ma ciò può accadere solo se riuscirà a mantenere il contatto con la propria infantilità. In termini concreti questo significa, ad esempio, che non deve perdere la spontaneità nello svolgere le lezioni e deve in certo qual modo farsi guidare da ciò che più lo interessa; non dovrà solo trasmettere delle nozioni, ma anche risvegliare negli allievi una sete di sapere, cosa che gli riuscirà solo se il bambino spontaneo, affamato di conoscenza è ancora vivo in lui. Purtroppo l'organizzazione e i programmi della scuola moderna mettono in atto ogni mezzo possibile per distruggere queste qualità infantili spontanee: l'archetipo dell'insegnamento è scisso, l'infantilità dell'insegnante è rimossa e proiettata sugli scolari. Si incontrano spesso degli insegnanti che sembrano averne persa ogni traccia e i cui tratti infantili sono ancora più scarsi che nell'adulto sano medio. Essi sono diventati solo insegnanti che affrontano i bambini quasi fossero dei nemici. Si lamentano che gli

⁸⁶ *Ibidem*, pp. 87-88

allievi non sanno nulla e non vogliono imparare e i loro nervi sono lacerati dalla mancanza di controllo degli allievi. Questo tipo di insegnante si è del tutto allontanato, interiormente ed esteriormente, dalla dimensione infantile. I bambini sono l'altro, ciò che non si vuole assolutamente essere. Insegnanti di questo genere traggono un certo piacere dall'imporre ai bambini il loro potere, tormentandoli e tenendoli a bada con "medie" calcolate con matematica esattezza, basata comunque su valori arbitrari.

Quando l'archetipo è scisso e l'infantilità è proiettata tutta sugli scolari, il progresso nell'apprendimento si blocca, i bambini rimangono bambini ed in loro non si costella più l'adulto sapiente. L'insegnante diventa sempre più abile e gli scolari più stupidi; il maestro che ha rigettato il polo infantile dell'archetipo si lamenta che un tempo gli allievi avevano molta più voglia di imparare, il suo contatto con loro avviene soltanto attraverso il potere e la disciplina e nello stesso tempo egli diviene amaro e triste: ciò che c'era in lui di fresco e di appassionato, è morto. I bambini sono i suoi nemici, poiché rappresentano il polo interamente scisso dell'archetipo, di cui viene tentata la riunificazione tramite il potere.⁸⁷

⁸⁷ *Ibidem*, pp. 88-89

5.1 L'insegnamento: specchio narcisistico

5.1 Instruksjonen: speil av narcissism

Tutti i componenti del gruppo classe, allievi e docente, hanno bisogno di affermarsi e di essere riconosciuti agli occhi degli altri. A nessuno è legittimamente concesso di arrogare a sé il diritto di sentirsi riconosciuto manipolando gli altri o negando agli altri il medesimo diritto, usando l'altro solo come specchio per il proprio riconoscimento narcisistico. Nessun docente dovrebbe credere di avere il diritto di cancellare le identità degli allievi, non riconoscendoli o tentando di plasmarli secondo un personale ideale dell'Io o secondo bisogni narcisistici. Il fantasma del formatore contiene elementi di paternità e di oblatività, di chi vuol trasmettere qualcosa che possiede, ma nasconde anche un pericolo, quello del dominio onnipotente e della manipolazione delle coscienze (presumendo di plasmarle).

In generale, il docente condivide quella che Platone definiva il sogno di immortalità, racchiuso nell'esperienza dell'amore che fa nascere qualcuno o qualcosa di nuovo, il procreare nel bello, tipico di coloro che danno la vita a qualcuno. L'idea di plasmare allude ad una nuova nascita; si tende a lasciare qualcosa di sé, a continuare a vivere attraverso gli altri, per non morire, per non accettare il limite, la possibilità della distruzione, della morte. La relazione educativa fantasticamente può apparire come gestazione e parto. Quanti docenti vivono l'inizio e la fine del rapporto con gli studenti, specie se pluriennale, con sentimenti profondi che

hanno a che fare con l'avventura della generazione e dell'abbandono? Quante inconsapevoli situazioni gratificanti o sofferenti, entusiasmanti o depressive, possono essere riferite alle implicazioni emotive legate a fantasmi del dare vita e della perdita? ⁸⁸

L'insegnante in generale rischia di sentirsi come una "madre buona" (o padre) onnipotente, che ha il potere di offrire, rifiutare o trattenere il suo sapere e la sua maturità. Egli prova una qualche identificazione con il sapere ed offrirlo suscita la fantasia di essere svuotato o divorato. Dare qualcosa che si possiede è gratificante ma è anche faticoso perché si offrono agli allievi gli strumenti per essere abbandonati, per essere colpiti dalla loro indipendenza.

Una parte delle resistenze del docente all'innovazione didattica può essere interpretata come tentativo inconscio di proteggersi nel privilegio di possedere il sapere, con il desiderio di mantenere per sé una parte del sapere e di cederlo soltanto a certe condizioni e mai nella sua interezza. La difficoltà nella promozione degli apprendimenti di fatto realizza la condizione di conservare un potere e un privilegio.

La minaccia del narcisismo incombe continuamente sul docente. Egli può facilmente nutrirsi di "onnipotenza magica" in quanto si sente in possesso di un presunto sapere sulla vita e sul suo significato.

⁸⁸ Cfr. De Pasquale M., *La relazione educativa e l'insegnamento della filosofia*, articolo tratto dal sito web: www.ilgiardinodeipensieri.com/artdida1/Depa3.html

Se il docente si percepisce come un onnipotente possessore della verità, probabilmente penserà di non poterne concedere molta agli studenti. Tratterrà una buona parte della verità e lascerà nell'ignoranza e nella sudditanza gli allievi. Egli non potrà nemmeno essere del tutto chiaro, né scoprirsi, né ammettere il dubbio e la mancanza: cioè non potrà ammettere una dimensione di ricerca nell'insegnamento né accettare il dialogo con gli allievi. La mancanza della eccezionalità e la riduzione alla normalità verrebbe vissuta dal docente come una minaccia per la propria identità.⁸⁹

Ad esempio, per un docente di filosofia, condizionato dall'eccesso di narcisismo, sacerdote della verità, mantenere la separazione, mantenere alta l'astrazione, rendere difficile la mediazione con la realtà è vitale per rinforzare l'illusione di conservare il potere magico del proprio sapere e fare della necessaria separazione schizoide dalla realtà la virtù e la forza del proprio ruolo. Quanto più un docente crede di possedere la verità tanto più tende a mantenerla presso di sé per paura di essere distrutto, divorato dall'allievo che fantasticamente si impossessa della verità; un tale docente si sente minacciato dalla "volgarizzazione" del sapere disciplinare, dall'indipendenza di giudizio degli allievi.

Se un docente "anestetizza" in classe la sua vocazione all'indagine, alla problematizzazione, alla ricerca e si difende dal vivo coinvolgimento

⁸⁹ *Ibidem*

in un'esperienza reale, è facile che si uniformi all'immagine narcisistica del possessore della verità, che ha sempre le idee chiare e impone la giusta direzione, le giuste conclusioni ad ogni discussione, e ha bisogno degli allievi come di coloro che ripetono o confermano l'immagine di sé. Egli è in alto, gli altri sono in basso; gli altri sono nel dubbio, egli è nella certezza. Il docente che ha paura della vita propria e degli studenti di solito parla troppo, copre tutti gli spazi vuoti: in classe non lascia problemi aperti, non inizia e non conclude mai con una domanda, chiude ogni questione con la quadratura del cerchio: così nasconde tutto, blocca la ricerca. Se il docente crede troppo nella sua forza magica e onnipotente col tempo non si accorge dell'abisso che lo divide dai suoi allievi.⁹⁰

⁹⁰ Ibidem

...Ricordo il mio istante magico, quel momento in cui un "sì" o un "no" può cambiare tutta la nostra esistenza. Sembra che sia accaduto tanto tempo fa, eppure è solo da una settimana che ho ritrovato il mio amore e l'ho perduto.

Sulle sponde del fiume Piedra, ho scritto questa storia. Le mie mani erano gelate, le gambe intorpidite dalla posizione, e io avevo bisogno di fermarmi spesso.

Forse l'amore ci fa invecchiare anzitempo e ci rende giovani quando la gioventù è passata. Ma come non rammentare quei momenti? Perciò ho scritto, per trasformare la tristezza in nostalgia, la solitudine in ricordi. Perché, dopo aver raccontato a me stessa questa storia, io la potessi lanciare nel fiume Piedra. Era questo l'insegnamento della donna che mi ha accolto. Allora, per ricordare le parole di una santa, "le acque avrebbero potuto spegnere ciò che il fuoco ha scritto"...

Paulo Coelho,

"Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto"

VI

L'educatore professionale tra desiderio formativo ed impotenza operativa

Den profesjonelle pedagogen mellom formativt ønske og driftsimpotens

“...Ora devi dimenticare tutto ciò che hai imparato, dare aiuto alla gente non è facile come può sembrare, per prima cosa non illuderti di cambiare gli altri.

Allora dovrei cambiare io?

Nient'affatto, non puoi cambiare neanche te stesso e perché poi dovresti cambiare? Devi imparare ad accettare le cose così come sono, puoi tentare di capire ma non farti coinvolgere, il distacco è necessario se vuoi farcela. Guai identificarsi totalmente con gli assistiti come vorresti fare tu.

...Ancora pensi di poter cambiare qualcosa? Ricordati che non puoi cambiare nulla, la realtà delle cose è più forte di te. Io non posso far sorgere il sole, se tu lo sai fare... allora dimmi come si fa... dimmelo...”⁹¹

Il ruolo professionale dell'educatore consiste nel promuovere, nel corso dell'intervento educativo, il concetto di “salute”, inteso come benessere psico-fisico della persona, al fine di concorrere a coinvolgere la persona stessa e la sua rete sociale primaria nella ricerca e promozione del benessere stesso.

⁹¹ Dialogo tratto dal film: Seunke O., *De Smaak von Water*, Olanda, 1982; versione doppiata in italiano, *Il sapore dell'acqua*, LEDHA pubblicazioni

Si tende sempre più a considerare la figura educativa come una professione a rischio, rischio che si incarna nella natura stessa dello strumento privilegiato di intervento dell'educatore: la relazione educativa. Essa comporta l'avvicinarsi a chi si trova in situazioni problematiche, situazioni da sondare, valutare, tentare di modificare, insieme ai protagonisti delle stesse.

Entrare in relazione con chi è "diverso da sé", perseguendo chiari fini educativi, significa entrare nella storia dell'altro, proporgli di muoversi verso un cambiamento, fino a ricostruirsi un proprio ruolo, rinnovandosi e rinnovando la propria storia.⁹²

Nella relazione d'aiuto esistono due ruoli complementari, che sono molto diversi fra loro, anzi sono polarizzati su due estremi opposti:

- a) il ruolo di chi chiede, essendo in difficoltà, e si pone come una persona essenzialmente impotente;
- b) il ruolo di chi, al contrario, essendo portatore di un bene che è la possibilità di dare salute, è anche - in qualche modo - portatore di un'autorità e di una saggezza, e si pone come persona tendenzialmente onnipotente.⁹³

⁹² Cfr. Sartoretto W., *L'educatore tra ricerca e provocazione con chi è in difficoltà*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 10, 1995

⁹³ Cfr. Jervis G., *Il problema della psicoterapia nei Servizi psichiatrici*, in Ferro A.M. e Jervis G. (a cura di), *La bottega della psichiatria, dialoghi sull'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, Boringhieri Editore, 1999, p. 21. "Non a caso è stato sostenuto che quando una persona, per esempio, fa un curriculum di studi medici, la cosa più importante che impara non è l'anatomia e la fisiologia o le malattie, ma è comandare. Impara l'autorità medica, e indissolubilmente impara a porsi come un grande stregone laico".

Esistono una serie di situazioni psicologiche relazionali caratterizzate da differenti e reciproche polarizzazioni dei ruoli tra chi chiede aiuto e chi porge aiuto; queste situazioni determinano oltre al potere istituzionale un altro tipo particolare di potere da parte di chi porge aiuto. Il potere istituzionale è quello per cui chi chiede aiuto si mette nella mani dell'altro, sapendo che c'è una certa situazione di bisogno e sapendo che l'altro deve e sa fare certe cose. Esiste, in questo senso, una delega, che per altro spesso è utile mettere in discussione.

Esiste anche un altro potere, meno consapevole, che riguarda gli aspetti affettivi meno coscienti della relazione tra due persone: è un potere quasi magico, il che non significa, però, che sia poi molto efficace. Il problema è che, quando due persone si avvicinano nella particolare situazione in cui una chiede aiuto e l'altra porge aiuto, esiste da parte di tutte e due le persone, sia pure in modi diversi, un tentativo di conquistare l'altra. Il tentativo, da parte del paziente, è quello di conquistare l'attenzione del curante, ed in questo ambito di ottenere il massimo; il tentativo da parte del curante è quello di imporre se stesso, il suo potere, favorito in questo dalla tendenza all'attribuzione di onnipotenza da parte del paziente.⁹⁴

L'aspettativa del paziente si aggancia e si sposa con l'esigenza da parte di chi aiuta di essere efficace nella risposta e anche di dare un

⁹⁴ *Ibidem*, pp. 22-23

senso al suo ruolo, alla propria scelta professionale e alla collocazione esistenziale.⁹⁵

6.1 L'educatore onnipotente nella relazione educativo-formativa

6.1 Pedagogen omnipotent i det informativ-formativ forholdet

La relazione educativo-formativa contiene un paradosso simile a quello del rapporto originario genitore-figlio: deve essere profonda, deve mettere radici, deve dare forma, tuttavia deve anche consentire al “figlio”, all'educando di spogliarsi dell'educazione ricevuta e di scoprire continuamente se stesso reinventandosi; sembrano operazioni inconciliabili ed in ogni caso molto problematiche, come quelle che segnano i passaggi della vita e che solo una cosciente efficace tensione emotiva può agevolare.⁹⁶

L'apporto della psicoanalisi può rendere un po' più trasparente il rapporto educativo portando alla coscienza le forze e le tensioni in gioco e ricordando, soprattutto all'educatore, che la mancanza di consapevolezza circa le proprie motivazioni inconscie può compromettere la conduzione concreta della relazione formativa.

⁹⁵ Cecchini M.G., *Lo spazio interno del counseling come spazio d'aiuto*, articolo tratto da “*I° Tavola Rotonda*”- *Quale epistemologia per una relazione d'aiuto comprensiva* (26/11/99), sito web: www.aicounselling.it/atti/cecchini.htm

⁹⁶ Lampignano A., *A proposito del rapporto tra maestro e allievo*, in AA.VV., *Rivista italiana di gruppoanalisi*, vol. XIV, n° 3, 2000, p. 47

I fantasmi che fondano il desiderio di formare sono le pulsioni iniziali che danno vita alla relazione educativo-formativa, ma ne sono anche il lato oscuro.⁹⁷

Il desiderio di formare avviene attraverso una serie di “fantasmi” inconsci radicati nella personalità dell’educatore. Il “fantasma” è una scena immaginaria in cui il soggetto, o come protagonista o come osservatore, realizza desideri inconsci radicati nel profondo e strutturanti la sua personalità.

Ogni atto di formazione si fonda su fantasmi motori caratteristici: la relazione educativo-formativa porta il marchio del desiderio di onnipotenza e del timore di impotenza, del fantasma di essere portatore ad un tempo di vita e di morte.

Ci sono fantasmi-modello presenti in tutti gli operatori sociali. Il “formatore” che dà la forma perfetta, è il prototipo di ogni modello che ha in sé i fantasmi fondamentali: il “terapeuta”, che desidera guarire e riportare il malato alla normalità; il “maieuta”, che punta a far nascere quanto è inespresso, potenziale; “l’interpretante”, che tende a far emergere ciò che è nascosto, inconscio; il “militante”, che desidera far agire, far cambiare, far muovere; il “riparatore”, che si fa carico dei problemi degli altri; il “trasgressore”, che tende a liberare gli altri dai tabù,

⁹⁷ Cfr. Locatelli G., *Il desiderio di formare in margine ad una ricerca nel mondo degli insegnanti*, articolo tratto da “Animazione Sociale” n° 8-9, 1995, p. 84

dai divieti; il “distruttore”, che desidera inconsciamente rendere l’altro folle.⁹⁸

Nell’attività di formatore si annidano allora pulsioni di vita e di morte, di amore e di odio, in aperto contrasto fra loro e difficilissime da gestire.⁹⁹ Il desiderio di formare si origina dal desiderio di creare una nuova esistenza, di dare la vita, di creare un altro se stesso ed è legato alla divinità, al sentirsi immortali ed onnipotenti creatori di uomini, affinché la vita del formatore continui nella vita del formato.

A questa problematica si ricollega il mito di Pigmalione. Nella versione classica l’artista crea un essere simile a sé, si innamora della creatura fatta a propria immagine e somiglianza e vorrebbe che prendesse vita. Se nel desiderio di formare si manifestano istanze di tipo narcisistico legate ad una impostazione pregenitale, si pone a questo punto il problema non solo del loro riconoscimento nella propria opera formativa, ma anche del superamento di una relazione improntata al narcisismo, per conquistare una relazione legata alla maturità.¹⁰⁰

I fantasmi della formazione sono il motore del rapporto educativo, dei quali l’educatore deve avere coscienza, ma vanno limitati dalla consapevolezza di operare in una situazione che ha obiettivi precisi, che

⁹⁸ *Ibidem*, pp. 82-83

⁹⁹ Enriquez E., *Ulisse, Edipo e la Sfinge. Il formatore fra Scilla e Cariddi*, in Speciale-Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, 1980

¹⁰⁰ Cfr. Locatelli G., *op. cit.*, pp. 83-84

deve tendere a portare il paziente a sviluppare il suo potenziale umano, a differenziarsi e distaccarsi.¹⁰¹

Il compito più difficile per l'educatore è entrare in dialogo con il paziente come essere umano, in una relazione più autentica, evitando di ricevere dal paziente una delega di onnipotenza, delega che facilmente deresponsabilizza il paziente stesso e non lo aiuta a vedere meglio quali sono i suoi problemi. L'educatore, di fronte al paziente, si trova con una serie di dubbi, fra i quali uno dei più tipici è proprio il dilemma fra assumere l'onnipotenza e rifiutarla. Onnipotenza significa assumere una massima capacità di suggestione. Rifiuto dell'onnipotenza significa una massima capacità di dialogo.¹⁰²

Sulla base delle riflessioni ora sviluppate, viene da chiedersi quali siano le implicazioni cosce ed inconscie che accompagnano la relazione educativa:

- *Il fantasma del dare la vita.* La pulsione a formare è identificabile con la pulsione a dare la vita. Si vuole essere ricordati per la persona che ha dato o ha contribuito alla vita, “una persona che ha dato loro serenità e calore, che ha favorito la loro crescita...”. Attraverso la formazione di altri si pensa di diventare onnipotenti ed immortali, perché la propria esistenza continui ad esistere nell'altro: “Io sono dentro di loro...ogni utente porta via qualcosa di me”. L'angoscia della precarietà della propria esistenza si rovescia nel fantasma di far

¹⁰¹ Postic M., *La relazione educativa*, Armando, 1983

¹⁰² Cfr. Jervis G., *op. cit.*, p. 23

esistere se stessi nel momento in cui l'altro ci pensa: "Io sono esistito ed esisto nel pensiero di qualcuno";

- *Il fantasma dell'indifferenziazione.* Il desiderio di essere la Grande Madre, ancora più importante della mamma naturale: "Che mi ricordassero non come un'educatrice ma come una seconda mamma, che si prende cura, che può dar loro l'affetto che non ricevono a casa". Si desidera diventare l'aiutante in tutte le cose di tutti i giorni, proprio come la madre in famiglia "che ascolta, a cui si può dire tutto", quasi col rammarico di essere "solo" e "sempre" un educatore professionale. In questo tipo di rapporto esclusivo, si intravede con paura il distacco: si cerca quasi di impedirlo, proseguendo il rapporto, ad esempio, anche dopo l'intervento educativo, perché l'educatore è una persona "su cui contare in ogni circostanza", assumendo la mitica "figura del cavaliere medioevale che è disposto a qualsiasi cosa pur di proteggere e condurre alla meta il prossimo". Tuttavia in questo rapporto esclusivo fa capolino l'idea dell'imposizione, del dominio, della violenza;

- *Il fantasma del narcisismo.* Il desiderio di non riconoscere una identità autonoma all'educando attraverso la ricerca di un rapporto narcisistico. Il desiderio spesso è di relazionarsi con un individuo simile a sé; questo protegge il soggetto dall'angoscia della scoperta dell'alterità e del distacco: si cerca l'altro per una riconferma di se stessi;

- *Il fantasma del trarre da sé.* Si vuole lasciare se stesso all'utente come modello, come ideale a cui ispirarsi: "una persona coerente, giusta, onesta, come esempio per una vita saggia". L'educatore desidera essere ricordato come una persona stimolante da prendere come

esempio perché quello che conta per lui sono i valori: formare secondo valori, plasmare secondo modelli. Si tratta del più classico rapporto di formazione: dar forma secondo un paradigma ideale. Poiché spesso si intuisce il substrato di violenza e potere insito in questo modello, l'educatore quasi si giustifica, asserendo che "l'educazione è importante come insieme di norme da rispettare quando si è in mezzo agli altri... è preparazione alla vita". Spesso i valori sono sentiti come alternativa al mondo d'oggi degradato. Nelle manifestazioni del fantasma di Pigmalione il rapporto con l'allievo è di amore, ma anche di dominio: l'educatore esercita un potere sull'utente "modellabile".

Da queste problematiche l'educatore si difende attivando atteggiamenti "oggettivi", di distacco dall'utente, affinché la relazione non rischi di diventare pericolosa. Il rischio di un coinvolgimento affettivo con questo "nostro doppio", con l'oggetto "degradato" viene allontanato innanzitutto con una completa oggettivazione dell'atto educativo: "Nulla, io non gli impongo di ricordarsi nulla", "desidero che ricordi solo quello che gli ho insegnato". Nella secchezza di questa risposta vi è il desiderio di allontanarsi dalla materia-utente, da cui si vuole mantenere un assoluto distacco. L'oggettivazione dell'atto formativo serve tutto sommato ad esorcizzare il desiderio di un rapporto affettivo più profondo, di cui si ha paura: "Non mi voglio far coinvolgere, voglio essere staccato dalle cose di lavoro, altrimenti poi si sta male". La forma "matura" del rapporto oggettuale accetta l'alterità, l'autonomia

dell'altro, la separazione. Si tratta di un rapporto in cui la genitalità realizza l'incontro, ma senza distruggere la distinzione, perché si nutre della fiducia in sé e, al contempo, della capacità di arricchirsi della diversità dell'altro. La dimensione affettiva del rapporto educativo non è negata, ma è affiancata dalla consapevolezza che di un tipo è la relazione educativa, di un altro tipo quella di carattere personale o familiare.

La relazione educativa centrata sul desiderio di formare si nutre di fantasmi profondi, ma realizza pienamente e “correttamente” il suo soddisfacimento solo nella consapevolezza, nell'autocoscienza, da parte dell'educatore, della complessità strutturale che la relazione d'aiuto comporta.¹⁰³ Spesso accade di inceppare nel cosiddetto delirio di onnipotenza, che talvolta investe coloro i quali operano nel disagio, in forme non sempre percepibili a livello di coscienza. Il non sentirsi onnipotente, per converso, costituisce una capacità che permette all'operatore di lavorare con e per l'utente, possedendo un adeguato equilibrio ed un adeguato equipaggiamento emotivo. Significa guardarsi dentro, accorgersi di avere certo dei limiti, ma anche la possibilità di riflettere, di tollerare le proprie incertezze, ansie, timori. Questo passo è fondamentale per potersi riconoscere innanzitutto come persona.

Assumere questo atteggiamento verso se stessi facilita anche l'acquisizione della capacità di contenimento delle proiezioni e sofferenze

¹⁰³ Cfr. Locatelli G., *op. cit.*, pp. 85-88

dell'utente, aiutandolo così a pensare. Ma ciò diviene possibile solo quando è l'operatore stesso in grado di "pensarsi" e ascoltarsi, nonché in grado di saper aspettare, rispettando tanto i propri tempi quanto quelli dell'altro: tutto questo al fine di cercare di capire, prima di precipitarsi ad agire.¹⁰⁴

Non sono lavori, quelli nel sociale, che si possono fare pensando di poter eludere le emozioni, gli affetti, i sentimenti e i propri conflitti interni perché chi soffre o sta male ci chiama e ci tocca sempre in profondità.¹⁰⁵ Credere di potere svolgere lavori nel sociale senza un'adeguata consapevolezza di sé e dei propri problemi - possibilmente risolti - è un'illusione o una pericolosissima fantasia di onnipotenza.

Un segno della capacità di sostare in uno stato mentale adulto lo si vede nel possesso di una specifica capacità che Bion¹⁰⁶, mutuando un'espressione del poeta inglese Keats, ha chiamato "capacità negativa": cioè "quella capacità che un uomo possiede se sa perseverare nelle incertezze, attraverso i misteri e i dubbi, senza lasciarsi andare ad una agitata ricerca di fatti e ragioni".

La capacità negativa, che Bion riferiva dover essere dell'analista (ma che possiamo senz'altro pensare debba essere anche dell'educatore in quanto svolge un lavoro nel quale la componente interpersonale è

¹⁰⁴ Sartoretto W., *op. cit.*

¹⁰⁵ Blandino G., *Le capacità relazionali dell'operatore sociale*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n°10, 1993

¹⁰⁶ Bion W.R., *Attention and interpretation*, Tavistock, 1970; tr. it., *Attenzione e interpretazione*, Armando, 1973, p. 169

primaria), questa capacità, dunque, consiste nel saper tollerare la frustrazione di non capire, di non sapere, nell'accettare di mantenere il giudizio sospeso, nel non andare alla ricerca di spiegazioni a tutti i costi, spiegazioni che poi si risolvono in razionalizzazioni utili solo a togliersi le ansie, ma non certo a comprendere le situazioni o le problematiche dell'utente. Per dirla in altri termini, la capacità negativa è la capacità di saper aspettare, di non volere a tutti i costi raggiungere un obiettivo, nella convinzione che un operatore preoccupato di ottenere risultati, di fare, di curare, finisce poi per creare danni.¹⁰⁷

Le capacità educativo-relazionali dipendono dunque più che da un apprendimento esterno di tecniche, da uno sviluppo interiore (che deve essere prima di tutto emotivo), cioè, in definitiva, dalla salute mentale dell'operatore. La quale si manifesta non quando l'operatore è senza difetti (questa non è che una fantasia di onnipotenza), ma quando l'operatore è ben consapevole di avere dei limiti, e che dentro di lui esistono parti incompiute e problematiche: insomma il paradosso della salute mentale è che si può definire "sano" colui che sa di essere un po' matto, mentre sappiamo per certo che è matto colui che pensa di essere del tutto sano.

¹⁰⁷ Cfr. Blandino G., *op. cit.* "Freud (1936) raccomandava ai giovani psicoterapeuti di non farsi prendere dal furore terapeutico, dall'accanimento curativo perché questo è negativo, per molteplici motivi, ma in particolare per il fatto che l'operatore che ha bisogno di ottenere risultati dimostra di aver bisogno soprattutto di rassicurare se stesso di essere "buono" e "utile"; in tal modo l'operatore invece di mettersi al servizio dell'utente mette l'utente al servizio di se stesso e delle proprie insicurezze, capovolgendo completamente il senso e la funzione del suo compito".

Detto in termini più scientifici possiamo affermare che se per un ingegnere che deve costruire ponti o per un programmatore di computer il livello di autoconsapevolezza non è così determinante per il lavoro che svolge, per chi opera invece con persone in difficoltà, la consapevolezza del proprio mondo interno e dei propri sentimenti, cioè la consapevolezza di sé è invece un obbligo, non un optional, così cruciale da non potere essere eluso, anzi è un vero e proprio strumento di lavoro che dovrebbe garantire di non attribuire all'altro i propri pensieri, e al tempo stesso di poter relativamente tollerare la sofferenza dell'utente senza farsi travolgere.

Questa consapevolezza di non essere onnipotente e di riconoscere i propri limiti però si può sviluppare se l'educatore incomincia a considerare la propria scelta professionale come un "sintomo", dando avvio ad un serio processo di autointerrogazione sul perché si sono compiute certe scelte e su che significato hanno: un modo insomma per mettere alla prova le proprie motivazioni e andare a verificare se si è poi davvero così disposti a impegnarsi in profondità in un lavoro tanto difficile e, bisogna pur dirlo, anche così frustrante e con poche soddisfazioni e riconoscimenti.¹⁰⁸

¹⁰⁸ *Ibidem*

6.2 Il caso di Angela

6.2 Tiffellet av Angela

Angela, un'educatrice professionale di 26 anni che lavora in un servizio per il recupero di tossicodipendenti, mi interpella in un momento di crisi legato, così mi dice, al suo lavoro. Dovendo sostenere dei colloqui con gli utenti in trattamento con il metadone, si regola seguendo una modalità particolare che prevede che se un utente non rispetta l'orario del proprio appuntamento lei si rende disponibile a riceverlo anche fuori orario. Dice di non riuscire ad accettare che i ragazzi abbiano dei buchi nel rapporto con lei, salvo scoprire che spesso, invece di venire ai colloqui di recupero, i suoi utenti andavano a "farsi dei buchi". A chi glielo chiede lei offre il proprio recapito telefonico personale in modo da essere disponibile ad interventi d'urgenza anche fuori orario di lavoro. Al centro dove lavora avrebbe uno spazio riservato, ma lei lo mette a disposizione di chiunque voglia usarlo, adattandosi spesso ad accamparsi come può in qualche spazio di riserva. La sua vita si fa sempre più invivibile perché viene invasa da chiamate continue che le impediscono di distinguere tra vita privata e lavoro.

Quello che l'analisi le permetterà di scoprire è che il suo disagio non dipendeva in realtà dalla natura del suo lavoro, ma rimandava a qualcosa che riguardava la forma delle proprie scelte psichiche.¹⁰⁹ Angela in analisi arriva a riconoscere il senso di un movimento che le era risultato finora incomprensibile: "Per diverse volte mi sono iscritta al concorso per diventare maestra elementare e, all'ultimo momento, mi sono sempre ritirata. Adesso capisco che dietro c'era la paura che, avendo a che fare con dei bambini, avrei lasciato in loro una traccia troppo profonda segnata dalle mie convinzioni sul mondo e sulla vita".

¹⁰⁹ Premoli S., Implicazioni soggettive nella pratica degli operatori della cura del disagio psichico, in AA.VV., Il piccolo Hans presenta Ambulatorio, nuove forme dell'operare psicoanalitico I, Moretti & Vitali, 1999, p. 60

Compare qui la tentazione legata ad una professione destinata al prendersi cura degli altri: il desiderio di “manipolare” dei soggetti come se fossero materia da plasmare, creta da modellare. Questa “perversione” può trovare nella scelta professionale di aiuto la possibilità di procurarsi una soddisfazione legittimata dalla “ragionevole” motivazione di fare tutto “per il bene degli utenti”.

Qualcuno sarebbe disposto a sostenere il valore positivo della sua disponibilità illimitata, mentre un altro la potrebbe condannare in nome della necessità di un “distacco neutrale” da mantenere nella relazione. In un altro caso, ad esempio, un’educatrice che lavorava in una comunità alloggio per bambini abusati, si rendeva disponibile a farsi accarezzare i seni da un bambino di sei anni che glielo chiedeva come “calmante” per potersi addormentare ogni sera. Se si intraprendesse la valutazione di questo comportamento sulla base di criteri relativi al pudore o altro, ci troveremo di nuovo nell’impasse di ragioni a favore di un comportamento e del suo contrario.¹¹⁰

Riguardo il caso di Angela, è stato solo il poter riportare, in analisi, la questione sul terreno delle proprie scelte psichiche che le ha permesso di valutare la dimensione etica del suo comportamento, riconoscendo la valenza di sintomo legata alla propria disponibilità illimitata. Infatti questa è risultata essere la traccia di un legame incestuoso che si

¹¹⁰ *Ibidem*, pp. 62-64

alimentava dall'identificazione con la madre da lei vissuta come "sempre disponibile ad occuparsi dei problemi di tutti" e nel contempo trascurante verso di lei bambina. Nella pratica di Angela, come in quella di molti operatori, ciò che alla fine dà forma ai progetti e agli interventi rischia di essere qualcosa che non è tanto misurato sui bisogni degli utenti quanto sulle ragioni che sorreggono le scelte degli operatori stessi.

La necessità di far sentire ogni suo utente "come se fosse l'unico per lei", non era misurato su un'economia di bisogno dell'altro ma propria, in quanto in analisi le è risultato chiaro che questa necessità si legava alla sua convinzione di "non essere mai stata l'unica per nessuno", dove era in gioco il suo desiderio incestuoso, insoddisfatto, di essere "l'unica (donna)" e "l'unica (figlia)" del padre, insidiata in questo dalla duplice presenza della madre e del fratello.

Per Freud il rapporto di ogni soggetto con il sapere della psicoanalisi non può che passare attraverso un'esperienza, o nella forma di un'analisi personale o, nel caso di queste professioni, in quella di una supervisione del lavoro affidata ad un analista. Senza questo piano dell'esperienza, un operatore non potrà portare nella sua pratica se non i sintomi di una scelta nevrotica o, peggio, gli agiti di una posizione perversa, col rischio di diventare in effetti un potenziale "assassino di anime".¹¹¹

¹¹¹ *Ibidem*, pp. 65-67

6.3 Le modalità dell'ascolto

6.3 Modaliteter av å lytte

Si assiste, nel mondo dei servizi educativi e socio-assistenziali, a una sorta di diffusione del contagio del modello organicistico più retrivo che imperversa nelle strutture sanitarie, quello per cui il paziente è un pezzo: “una milza”, “un fegato”, “un’appendice”, “una frattura”, perdendone di vista la totalità umana e le risonanze emotive che sono altrettanto importanti per il successo terapeutico ¹¹²: non basta la competenza tecnica nello svolgimento dei lavori riabilitativi-curativi, ma è necessaria anche una modalità di rapporto, una capacità relazionale appunto, in cui l’altro sia presente e si senta tenuto presente, ovvero preso in considerazione come persona, prima che come “caso”.

Il rischio che anche in molte di queste professioni si scivoli in un atteggiamento tipo modello organicistico lo si vede quando i servizi sono pensati per erogare assistenza veloce piuttosto che non per ascoltare e quando le strutture formative degli operatori sociali teorizzano appunto la loro preparazione tecnica e mettono sullo sfondo lo sviluppo della mente e della consapevolezza personale; o peggio ancora quando si confondono le abilità con le capacità relazionali, come se saper ben manipolare o “condizionare” o “modellare” il comportamento

¹¹² Cfr. Winnicott D.W., *The maturational process and the facilitating environment*, The Hogart Press, 1965; tr. it., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, 1974, pp. 118-119. “...se un medico arriva all’ora convenuta, egli sperimenterà un incredibile rafforzamento della fiducia che il paziente ripone in lui, e questo è importante non solo per evitare l’angoscia del paziente, ma anche per favorire i processi somatici che tendono alla guarigione, non solo delle funzioni, ma anche dei tessuti”.

dell'utente significasse davvero occuparsi dei suoi bisogni, saperlo ascoltare ed accogliere.¹¹³

Il vero aiuto consiste nell'agevolare nell'individuo una chiara presa di coscienza della sua situazione e nel risvegliare le sue energie creando un clima di fiducia e di sicurezza. Il fattore più importante per ottenere risultati positivi non è il metodo che viene applicato, ma la situazione di benessere emotivo che l'educatore riesce a creare. Non si tratta, quindi, di risolvere direttamente i problemi della persona, ma di offrirle un'accoglienza attenta e calorosa, esperienze di felicità, momenti di benessere, gioia di sentirsi persona per qualcuno, di sentirsi ascoltata.¹¹⁴

In una relazione di aiuto, i modi di ascoltare sono sostanzialmente due: direttivo e recettivo. Nell'ascolto direttivo domina la dimensione del "fare". L'operatore si prodiga in interventi finalizzati a indicare linee operative, quali: dare consigli, esortazioni, proibizioni, spiegazioni, incoraggiamenti, stimoli, energia per abbattere le difese, ecc. Qui l'ascolto non può essere che limitato e selettivo, certe realtà dell'interlocutore non vengono ascoltate, ma prontamente controllate, corrette o escluse. L'operatore direttivo è guidato dalla pretesa illusoria dell'onnipotenza e ritiene di dover essere lui a risolvere direttamente i problemi dell'altro. Egli dimentica che l'accompagnamento non consiste principalmente in

¹¹³ Cfr. Blandino G., *op. cit.*

¹¹⁴ Giordani B., *L'ascolto nella relazione d'aiuto, L'orizzonte umanistico Rogersiano*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 8-9, 1994

un'azione risolutiva di problemi, ma assomiglia di più ad un travaglio trasformativo la cui dinamica scaturisce dalla persona che intende superare le difficoltà e il cui decorso rimane incerto sia nella modalità dell'andamento sia nei risultati.

L'ascolto recettivo, per contro, è “non giudicatorio, non colpevolizzante, non autoritario, non indifferente, non intollerante, ma comprensivo”; esso si limita ad accogliere un fatto o un sentimento nel silenzio delle proprie teorie, un ascolto che riconosce colui che parla nel suo valore di persona. Chi ascolta con questa disposizione è il testimone del graduale emergere della verità nella situazione dialogale.

Cresce nel paziente il desiderio di continuare a comunicare il proprio mondo interiore, diminuisce lo stato di tensione; riesce a vedere la situazione con occhi nuovi; acquista la forza di accettare stati d'animo e sentimenti altrimenti insopportabili.¹¹⁵

Nella relazione educativa è dunque importante la capacità di tollerare e gestire la sofferenza, cioè la capacità di gestire il dolore mentale, dell'utente ed il proprio dolore mentale, sperimentato e vissuto nella relazione con l'utente in stato di disagio.

Quella che comunemente si chiama relazionalità si definisce dunque meglio come capacità di tollerare la sofferenza mentale; data anche dal fatto che non sempre si capisce, non sempre si sa cosa

¹¹⁵ *Ibidem*

conviene fare o cosa sia opportuno fare in quel determinato momento, e talvolta ci si sente impotenti ed inutili.

La capacità relazionale, in quanto capacità di tollerare la sofferenza è anche la capacità di tollerare i propri limiti, ma è al contempo la capacità di saper ascoltare, osservare, riflettere ed essere emotivamente in contatto con le emozioni e i sentimenti dell'utente, così come con le proprie emozioni ed i propri sentimenti.

Tuttavia lo sviluppo della competenza e della professionalità relazionale dipende dallo sviluppo del Sé e della mente di chi opera. Le suddette capacità si fondano cioè sull'uso di uno strumento fondamentale e unico, che è la mente di chi opera: essa finisce col diventare il principale strumento di lavoro.¹¹⁶

Dal momento che l'educatore professionale svolge un lavoro che implica un contatto tanto più intenso quanto meno l'operatore se ne accorge, l'abitudine ad interrogarsi, a riflettere e pensare su quello che succede – e su quello che succede a me nella relazione con l'altro – diventa il modo per eccellenza di usare al meglio lo “strumento mente”.

Per poter condurre efficacemente un intervento professionale, la prima cosa da fare per un educatore è imparare ad osservare ciò che succede, ascoltare ciò che si dice, sentire ciò che si prova e ciò che

¹¹⁶ Blandino G., *Tolleranza e sofferenza nel lavoro dell'operatore sociale, una prospettiva di formazione*, articolo tratto da “Animazione Sociale” n° 1, 1993, p. 15

l'utente ci fa provare: in una parola usare la propria mente. Se si osserva e si ascolta attentamente si accede a una quantità inaspettata di informazioni che spesso vengono trascurate.¹¹⁷

L'acquisizione della capacità di osservazione ed ascolto è un modo molto pregnante per aumentare la propria efficacia operativa. Questo però implica una idea della professionalità intesa non solo come fatto tecnico, fatta cioè di competenze ed abilità atte ad usare e controllare oggetti, strumenti e procedure di lavoro, ma intesa anche e soprattutto come fatto "relazionale", cioè fondata sulle capacità di gestire e coordinare una relazione d'aiuto che è possibile prima di tutto se si è consapevoli di cosa sta succedendo all'altro e a sé nella relazione con l'altro, di cosa si sta facendo, senza pretese di onnipotenza operativa o di onniscienza, nell'ambito di uno sforzo congiunto che non evade la sofferenza e non nega la frustrazione, poiché questa si tollera meglio e meglio si può fronteggiare se ve ne è consapevolezza.¹¹⁸

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 16

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 17

6.4 L'umiltà dell'impossibilità

6.4 *Ydmykheten av umuligheten*

La debolezza dell'educatore spesso viene personalmente assunta con atteggiamenti di falsa onnipotenza o di depressione senza uscita. Eppure, nella sua debolezza, l'educatore può entrare nelle diverse crisi e attivare processi di scoperta di potenzialità e di disponibilità alla comune ricerca di vie d'uscita. A servizio di questi percorsi egli è da una parte un ricercatore in ascolto, dall'altra un provocatore che sollecita le persone a non lasciarsi imprigionare dall'esistente.

L'educatore dovrebbe saper aumentare il proprio livello di consapevolezza nei confronti degli altri per contrastare gli effetti possibili delle frustrazioni che può ricevere, costruendosi una vita extraprofessionale che, se impegnata e ricca di stimoli, sdrammatizzi le costanti difficoltà incontrate sul "campo". Recuperando il concetto di igiene o salute mentale, ci si accorge che essa si manifesta non in un operatore "senza difetti", bensì in chi è consapevole di possedere i propri limiti, insieme a parti problematiche, esistenti dentro di sé.¹¹⁹

Ma educare significa mettere in atto un fare concreto, un progetto, dei metodi, degli strumenti, ecc.? L'educazione può solo esprimersi attraverso educatori che, in qualche modo, nel loro bagaglio formativo detengono la capacità di poter dare risposte attraverso il fare?

Questi interrogativi sono strettamente connessi ad una

¹¹⁹ Sartoretto W., *op. cit.*

problematica con cui l'educatore quotidianamente si deve rapportare: il problema di quale risposta alla gestione della cronicità possa mai essere possibile in campo educativo.

La cronicità chiama le competenze educative - per lo più finalizzate alla creazione di occasioni per nuovi apprendimenti - a misurarsi con qualcosa di impossibile, con le stereotipie, con le coazioni a ripetere, con il tentativo di vivere in mille modi diversi sempre le stesse situazioni di sofferenza, ecc. Nel trattamento della cronicità e delle patologie le competenze educative devono lasciare il passo ed armonizzarsi in un vero lavoro di rete con quelle cliniche, di cura, di riabilitazione, di psicoterapia. Va detto per correttezza che, in alcuni casi, anche queste competenze davanti a determinati "spessori cronici" riescono a concludere poco o nulla.¹²⁰

Ciò porta a chiedersi quale ricetta, quale bacchetta magica potrà mai usare un educatore per risolvere tali complesse problematiche. Dove l'enorme disagio dei soggetti presi in carico non è altro che il sintomo delle situazioni multi-problematiche che lo determinano, possono davvero esistere soluzioni virtuose, progetti, metodologie e strumenti educativi capaci di intervenire in tali complessità?

¹²⁰ Garzone F., *Il sapere e l'umile ignoranza*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 1, 2000, pp. 71-72. "Per esempio, dovremmo riflettere sul perché nuclei multi-problematici rimangano tali nonostante le immense risorse che negli anni sono state impiegate in loro favore, sul perché minori per i quali si sono messi in atto interventi di educativa territoriale, di affido diurno o residenziale, di inserimenti in comunità, di attività sportivo-ricreative, di sostegno scolastico non colgano queste occasioni di crescita e continuo, come se nulla fosse successo, nei loro percorsi autodistruttivi".

In questi casi l'educatore deve essere consapevole che il suo intervento supplisce una società civile o un'altra istituzione che non hanno retto, che non sono state in grado di riassorbire in sé il disagio sociale e hanno delegato all'educatore il proprio sapere, la propria competenza, la propria capacità educativa.

Nell'espletamento del lavoro educativo si è presi a tal punto nel dare risposte alla girandola di fenomeni posti in essere dai soggetti, da dimenticare che queste persone portano in sé un qualcosa che, a proposito di sapere, neanche loro conoscono. A volte, non ne vogliono proprio sapere di fare i conti con questa loro impossibilità di intervento, con l'accettazione dei limiti e reagiscono con comportamenti onnipotenti. L'impossibilità ha a che fare con un concetto molto semplice, talmente semplice che non di rado sfugge: nessuno può crescere, cambiare, cogliere le occasioni educative, apprendere al posto di un altro.

Questa è un'insopprimibile necessità e tocca al soggetto verso cui si porta il proprio aiuto farsene carico, nessun altro potrà mai sostituirlo. E' necessario prendere atto di questa impossibilità. E' una semplice e, allo stesso tempo, complessa verità che sta alla radice di ogni valore educativo. Non ci sono progetti, metodi e strumenti, non c'è scienza che possa reggere il confronto con questa impossibilità. Perciò, è sicuramente importante che l'educatore metta in gioco il proprio desiderio affinché le persone di cui si occupa crescano, ma è altrettanto importante che queste

contribuiscano al compito dell'operatore sociale chiamando all'appello il loro desiderio.

Ora, se i presupposti sono questi, appare chiaro che, affinché si mettano in moto i processi di vera crescita, non basta solo più rispondere ai bisogni immediati, soprattutto quando (come spesso accade nella cronicità di chi è legato ai propri fantasmi infantili) l'utente vede incarnato nell'educatore un enorme "seno buono", che non si sottrae mai, da cui succhiare il proprio nutrimento, invece di imparare a procurarselo autonomamente.¹²¹

D'altronde, in questi casi, contrariamente a quello che sarebbe più facile pensare, forse l'educazione che potrebbe funzionare non può essere solo quella capace di dare risposte, di fare, ma soprattutto quella che inizia a porre dei vuoti, che sa dire di no. In sostanza si tratta di un'educazione che non confonde i propri desideri con quelli dei propri clienti, ma che pone delle mancanze, come ancore di salvezza che potrebbero, ma non è certo, mobilitare il desiderio del soggetto in un percorso di crescita.

Queste riflessioni portano ad abbozzare l'ipotesi di un educatore che possa tenere conto, nel suo agire quotidiano con persone a cui porta aiuto, della necessità di porre il sapere sempre come interrogativo e mai come affermazione perentoria.

¹²¹ *Ibidem*

L'educazione che funziona è quella che lascia al desiderio dell'altro lo spazio di potersi realizzare. Ma se, ad esempio, al primo vagito di un neonato ci sarà sempre immediato ed ossessivamente pronto un "seno buono" a tacitarlo, quel futuro adulto come potrà imparare a staccarsi e a desiderare un "oggetto" che non gli è mai mancato? Quindi, a volte, noi educatori ci possiamo sentire molto gratificati nello svolgere il ruolo di "seno buono", ma attenzione, perché con Freud si può apprendere che l'educazione si alterna, a seconda dei casi, tra "Scilla del lasciar fare e Cariddi del divieto frustrante".¹²²

E' importante liberare il soggetto dalla dannosa illusione che esista qualcuno che possiede un sapere capace di guarirlo senza che sia lui stesso a recuperare con fatica il desiderio di "prendersi cura di sé", degli altri, degli animali e delle cose in un modo diverso da quello rappresentato ad esempio dalla nevrosi o da forme più gravi di disagio psichico.

Sta proprio qui uno degli apporti specifici che la psicoanalisi è in grado di fornire agli educatori ed agli operatori in genere: come superare una posizione in cui ci si pensa e ci si offre come "operatori della cura", nella consapevolezza che il "prendersi cura degli altri" non è altro che una delle forme possibili del "prendersi cura di sé".¹²³

¹²² *Ibidem*, p. 74

¹²³ Premoli S., *Il soggetto in divenire*, Raffaello Cortina Editore, 1992, p. 22

6.5 L'esperienza di un educatore

6.5 Erfaringen av en pedagog

"Vi sono stati casi in cui nel mettere in campo le mie competenze educative mi sono accorto che per quanto ne sapessi non ne sapevo mai abbastanza; per quanto ci sapessi fare tutte le proposte e la loro messa in atto non arginavano minimamente la difficoltà delle situazioni a cui portavo la mia competenza.

Mi interrogavo sul mio "sapere essere", sulla mia ferma volontà di elaborare i vissuti negativi o le sensazioni di impotenza, inadeguatezza, mi consideravo anche in armonia con le regole istituzionali, con le teorie di riferimento, con la corretta applicazione delle metodologie e delle tecniche di intervento: eppure tutto ciò non bastava.

La mia figura di educatore ha vacillato di fronte al "terremoto della cronicità". Detto in altra maniera: la mia struttura formativa ha vacillato al cospetto dell'insondabilità del desiderio dell'altro.

Di fronte a questa insondabilità sorge un'esigenza spontanea che, però, come educatore mi vede necessariamente impegnato a lottare per la riacquisizione di una posizione iniziale di "dotta ignoranza". Ogni persona a cui porto il mio aiuto è unica ed irripetibile e non vi è sapere, saper fare o saper essere che possa predeterminare la mia azione professionale nei suoi confronti".¹²⁴

Di fronte a questa unicità e irripetibilità, pur facendo tesoro del bagaglio formativo ed esperienziale, non si può far altro che sentirsi umilmente ignoranti. Solo a partire da questo punto possono iniziare - attraverso l'ascolto, l'osservazione, l'analisi dei bisogni e della domanda - percorsi di sapere o meglio di "consapevolezza", di "co-progettazione" capaci di innescare, facilitare, creare occasioni di maggiore autonomia, di apprendimento e cambiamento.

¹²⁴ Garzone F., *op. cit.*, p. 69

La parola magica “sapere”, che pure deve avere un grande valore nella formazione dell’educatore professionale, non deve mai “riempirlo” al punto da non lasciare spazio a un’umile ignoranza. Il sapere dell’educatore si alimenta di ciò che non si sa, quando si ha l’umiltà di apprendere da coloro a cui si porta una relazione educativa o di aiuto.

Queste persone non devono servire agli educatori per alimentare logiche di tipo autoreferenziale, che sovente sono un problema strutturale per le istituzioni.

E’ bene dubitare di quegli educatori a cui riescono sempre con successo i progetti educativi, progetti nei quali pare che le persone a cui essi portano la loro opera professionale non abbiano altra funzione se non quella di confermare una diagnosi socio-educativa, un’applicazione di modelli, metodologie e strumenti.

“E’ un sapere professionale ampiamente collaudato, fatto di capacità progettuali, metodologie, tecniche di intervento che sono parte viva ed integrata degli apparati strutturali ed organizzativi delle istituzioni a cui si appartiene e che, nell’abitudine della prassi quotidiana, potrebbero diventare così potenti da sottomettere ai propri funzionamenti il libero arbitrio dell’educatore. In questo caso, in una relazione di sostegno o di accompagnamento educativo, non si tratta più di un soggetto che si rende disponibile per un altro soggetto, che crea occasioni che l’altro potrà più o meno cogliere, al contrario è come se l’educatore rinunciasse al proprio desiderio nascondendosi dietro al proprio sapere.

Quando poi il progetto fallisce si rischia di imputare la responsabilità dell’insuccesso al “povero sventurato” che non ha avuto la bontà di rimandare all’educatore l’immagine di una capacità professionale

rassicurante. Pertanto l'educatore, non confermato nelle proprie capacità professionali, cercherà (evitando di mettersi in discussione) di attribuire il proprio insuccesso educativo alla sola responsabilità dell'altro, del soggetto a cui ha cercato di portare la propria opera educativa".¹²⁵

Non c'è più spazio per la figura di un educatore onnipotente, capace di "formare" qualcuno, quasi che fosse materia inerte sottoposta all'arbitrio della propria volontà.¹²⁶

Se l'educatore non vuole essere o illudersi di essere un terapeuta onnipotente è importante che impari ad essere portatore di conflitto: conflitto innanzitutto interno, nel senso di non credere mai ciecamente in quello che dice, nel senso di avere sempre una buona dose di autoironia rispetto alle competenze che ha ed alle cose che dice, convivendo con la capacità di essere permanentemente in dubbio che è l'unica cosa che caratterizza la scienza, luogo del dubbio.¹²⁷

L'educatore deve rinunciare a presentarsi come colui che sa, che è potente o come colui che dà potere, come una persona che paradossalmente ha la capacità di dare il potere all'altro di risolvere i problemi; semplicemente deve offrirsi come una sorta di casa, una specie di luogo dove stare, un luogo dove tutto può essere compreso, un luogo di accettazione, di accoglienza, un luogo che può essere soprattutto

¹²⁵ *Ibidem*, p. 70

¹²⁶ Salomone I., *Il setting pedagogico*, NIS, 1997, p. 21

¹²⁷ Cfr. Saraceno B., *Riabilitazione psicosociale: illusione terapeutica o reale opportunità di cambiamento?*, in AA.VV., *Stare, fare, creare: le tre dimensioni dell'educatore professionale*, Masso delle Fate edizioni, 1996, p. 31

pieno di elementi da utilizzare, dove l'unica possibilità è quindi ritrovare un significato al disagio, al sintomo, alla sofferenza, alla gioia, alla vita...in poche parole ritrovare la vita.¹²⁸

Alla fine il senso di tutto è che non c'è nulla da curare, non c'è nessuno che può curare l'altro che è curato; anche se può essere molto gratificante per un educatore pensare di essere colui che cura, in realtà questa è la rinuncia che lo aspetta: semplicemente iniziare un percorso di esplorazione, stare nel mondo, esserci con il mondo e per il mondo.

Appassionarsi a questa esplorazione cogliendo l'occasione che ha di conoscere se stesso, di arricchire se stesso, crea un'opportunità per lui e può creare molte opportunità per la persona che chiede aiuto: alla fine è questo starci e essere per l'altro che coincide con l'esserci per se stesso né più né meno. Se questa relazione d'aiuto è interessante per l'educatore, sicuramente darà qualcosa anche a colui che gli sta di fronte.¹²⁹

¹²⁸ Cfr. Cecchini M.G., *op. cit.*

¹²⁹ *Ibidem*

VII

Psicoterapeuta e analista: tra medico e sacerdote

Psykolog og analytiker: mellom doktor og prest

I modelli professionali ed etici che guidano lo psicoterapeuta, come pure i suoi problemi d'ombra, sono in parte gli stessi del medico ed in parte si rifanno a quelli del sacerdote.¹³⁰

Anche lo psicoterapeuta è un “guaritore-ferito”; in un certo senso egli ha sperimentato delle ferite che mediante la propria analisi è probabilmente riuscito a cicatrizzare: ciò gli permetterà, osservandole, di rievocare la sofferenza passata e di sviluppare così una maggiore empatia verso il paziente. Tutto questo, però, vale per la sofferenza nevrotica; per la sofferenza - legata ad esempio alla malattia fisica e alla morte propria o

¹³⁰ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, pp. 15-17

di chi ci è più caro - non c'è invece guarigione, almeno al livello psicologico usuale. Verso di essa il terapeuta, come chiunque altro, è vulnerabile. Più in particolare, però, la sua vulnerabilità consiste nel trovarsi esposto alla vita senza cercare difese nevrotiche o, peggio ancora, psicotiche. Sebbene infatti il terapeuta non sia, per ovvi motivi, un essere perfetto, è importante che la sua formazione lo spinga a evitare le paure e le falsità più comuni, che rendono la vita apparentemente sopportabile per la maggior parte delle persone, seppure a prezzo di una certa meschinità sul piano esistenziale.¹³¹

Se lo psicoterapeuta ha avuto problemi personali e li ha risolti, è sicuramente più capace nel comprendere e risolvere i problemi dei propri pazienti di chi non li ha avuti. Chi invece possiede seri problemi irrisolti sarà da questi influenzato anche nell'esercizio della sua attività terapeutica.¹³²

Il desiderio di aiutare, proprio dell'analista, lo porta a servire i suoi pazienti, aiutarli nella loro sofferenza nevrotica a cercare di stimolare in loro una maggiore coscienza. Vuole portare un aiuto disinteressato, al meglio delle sue conoscenze e capacità, ma questo desiderio cosciente, senza il quale non avrebbe scelto questa professione, costella nell'inconscio il polo opposto, evoca il ciarlatano, l'analista che opera a

¹³¹ Cfr. Bonecchi A., *Qualità e limiti dello psicoterapeuta*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/psico.html

¹³² Nardone G., *Manuale di sopravvivenza per psico-pazienti*, Ponte alle Grazie, 1994, p. 103. "Si possono curare i nevrotici a patto di essere nevrotici", ma forse bisognerebbe riscrivere questa affermazione: "Si possono curare i nevrotici a patto di essere stati nevrotici".

proprio vantaggio e non per i pazienti. Si concretizza il fenomeno psicologico di Jung definito “ombra”, da intendere come il rovescio di ideali personali o collettivi, parzialmente distruttiva, in quanto opera negativamente sugli ideali positivi.¹³³

Un aspetto pericoloso dell’ombra ciarlatana del terapeuta è la “vita sostitutiva”: spesso, con il pretesto della guarigione, il paziente viene svuotato, succhiato fino all’ultima goccia, e non solo dal punto di vista finanziario o sociale. Quest’ombra diventa ancor più pericolosa proprio quando comincia a nutrirsi della vita del paziente. Questi racconta all’analista molte cose, permettendogli in tal modo di partecipare ai drammi, alle tragedie e alle gioie della sua vita, ma l’analista non può sperimentare direttamente che una minima parte di ciò che il paziente vive. Il giovanotto narra le sue storie d’amore, la donna di mezza età parla delle difficoltà e delle gioie che le danno i figli; nell’insieme, le esperienze dei pazienti offrono una gamma estremamente ricca ed affascinante della vita umana.

Può darsi che l’analista venga assorbito completamente dal suo lavoro e ciò potrebbe sembrare a prima vista un’ottima cosa; ma la sua vita personale passa in seconda linea rispetto ai problemi ed alle difficoltà dei pazienti e questo può far sì che essi si trovino, per così dire, a vivere per lui e riempiano il vuoto lasciato dalla sua perdita di contatto con la vita

¹³³ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 27

pulsante e dinamica.¹³⁴ L'analista non ha più amici propri poiché sono stati sostituiti dagli amici e dai nemici dei suoi pazienti; può accadere che la sua vita sessuale subisca un arresto, i problemi sessuali dei pazienti ne sono il sostituto, così pure si lascerà profondamente coinvolgere nelle lotte di potere di un paziente impegnato in politica. In questo modo l'analista cessa gradualmente di avere una vita propria e si accontenta di sostituirla con la vita, con le tragedie e con le gioie dei suoi pazienti.

Una situazione di questo tipo è altamente pericolosa prima di tutto per l'analista; il suo sviluppo psichico si trova ad un punto fermo, anche quando non lavora non riesce a parlare d'altro che dei suoi pazienti e dei loro problemi. Non è più capace di amare e di odiare, di impegnarsi nella vita, di lottare, di vincere o di perdere, la sua stessa vita affettiva diviene un surrogato. Egli si comporta così come un impostore che, nutrendosi della vita dei suoi pazienti, sembra che attraversi una momentanea fioritura psichica, ma in effetti perde la sua vitalità ed ogni autentica sofferenza; in un certo senso anche questa funzione viene esercitata da altri in vece sua.

Un analista di questo genere risulta molto dannoso per i suoi pazienti: anch'essi, per un certo verso, cessano di condurre una vita autentica e vivono soltanto in rapporto all'analista, cioè sperimentando le cose al solo scopo di raccontarle a lui. L'amore, ad esempio, non è

¹³⁴ *Ibidem*, p. 42

un'esperienza valida in sé, ma qualcosa che ha valore perché può essere raccontato al terapeuta. La vita non arricchisce più il paziente, ma il suo analista.¹³⁵

L'altro aspetto vocazionale dello psicoterapeuta si rifà a quello del sacerdote, in particolare a quella figura di guida religiosa che, secondo la tradizione ebraico-cristiana, si presume abbia di tanto in tanto contatti con Dio. Il lato oscuro di questa nobile figura è l'ombra del "falso profeta" che non predica perché ha la fede ma per acquistare influenza e potere. L'ideale uomo di Dio deve testimoniare la sua fede con le opere: egli non può dimostrare ciò che predica e ci si attende perciò che sia il suo comportamento a dare fondamento alla fede che rappresenta; in tal modo tende a presentarsi al mondo e a se stesso migliore di quanto non sia in realtà. A volte l'ombra del falso profeta appare all'esterno, nelle vesti di un predicatore di qualche oscura setta o di un popolare demagogo; altre volte si fa viva direttamente dentro di lui.¹³⁶

L'ombra ciarlatana, caratteristica dello psicoterapeuta, è ampliata dai tratti che ha in comune con il sacerdote. Gli psicoterapeuti, qualunque sia la scuola di cui fanno parte, non sono fautori di nessuna fede in particolare o religione organizzata, nondimeno, alla pari del sacerdote, spesso finiscono per sostenere una precisa concezione della vita. Non rappresentano nessuna filosofia, ma, di fatto, sono

¹³⁵ *Ibidem*, p. 43

¹³⁶ *Ibidem*, p. 17

ambasciatori di quella psicologia che attraverso le esperienze della vita, li ha personalmente convinti e plasmati. Ben poche intuizioni psicologiche possono essere provate statisticamente in senso empirico: la sola conferma al lavoro degli psicoterapeuti è quella che può venire loro dalla sincera e onesta testimonianza di altri ricercatori. La sola prova è la loro esperienza e quelle degli altri poiché, a differenza delle scienze naturali, non è possibile comprendere la realtà psichica in termini statistici. Qui ci troviamo in una posizione molto simile a quella del sacerdote. Un affidamento così completo alla propria esperienza di psicoterapeuta farà però sorgere inevitabilmente in loro gravi dubbi. E se fossero in errore? Dopo tutto esistono molte altre persone oneste, compresi gli psicoterapeuti che aderiscono a scuole di pensiero completamente diverse.¹³⁷ Sono in grado di confessare questi dubbi a se stessi e al mondo che li circonda, o li reprimono e chiudono gli occhi? Gli psicoterapeuti, come i sacerdoti, lavorano con le loro anime, con i loro Sé: gli strumenti sono la loro onestà ed autenticità, il loro personale contatto con l'inconscio e l'irrazionale. Se cedono alla passione che li spinge a rappresentarli come migliori di quanto non siano realmente, cadono vittime della loro ombra psicoterapeutica.

C'è ancora un altro parallelo con il sacerdote. Gli analisti sono spesso spinti a forza nel ruolo di chi è onnisciente. Poiché lavorano

¹³⁷ *Ibidem*, p. 19

con l'inconscio, con i sogni e con la psiche, tutti campi in cui, almeno nell'opinione di molti, si manifesta il trascendente, ci si aspetta che sulle questioni fondamentali ne sappiano di più dei comuni mortali. Se sono deboli, rischiano di convincersi di essere iniziati alla vita e alla morte più profondamente di quanto lo siano gli altri.

Nello psicoterapeuta non si ritrovano, quindi, soltanto le immagini più nobili della medicina e del sacerdozio, ma anche i loro aspetti d'ombra: il ciarlatano ed il falso profeta. E nell'analista il problema dell'ombra è ulteriormente intensificato da qualcosa non necessariamente legato ai modelli fondamentali di altre professioni, bensì intimamente connesso al suo compito di aiutare i pazienti a diventare più consci. Se la figura del conoscitore di Dio è centrale nel modello ideale del sacerdote, così come la figura del guaritore lo è in quello del medico, al centro del modello ideale dello psicoterapeuta c'è quella che potremmo chiamare la figura del creatore di coscienza o del portatore di luce. E, come tutti gli ideali luminosi, anche questo ha un aspetto oscuro quale suo opposto. L'ombra professionale dell'analista non contiene solo il ciarlatano ed il falso profeta, ma anche l'antagonista del portatore di luce, una figura che vive completamente nell'inconscio e persegue obiettivi opposti a quelli che sono i fini consci dell'analista.

Jung ha ripetutamente sottolineato che ogniqualvolta un luminoso contenuto psichico prende dimora nella coscienza, il suo opposto oscuro

si costella nell'inconscio e da quella posizione di forza cerca di provocare danni.

Il medico diventa un ciarlatano proprio perché vuole guarire quante più persone possibile; il sacerdote diventa un falso profeta proprio perché vuole portare gli altri alla vera fede; lo psicoterapeuta, a sua volta, diventa inconsciamente un ciarlatano ed un falso profeta sebbene lavori giorno e notte per diventare più conscio.¹³⁸

L'ombra ciarlatana dell'analista, orientato in senso medico, trova terreno fertile nella natura nevrotica e psicotica dei malati, dove è difficilissimo sottoporre a controlli sperimentali tanto il trattamento che la guarigione.

Se opera con sincerità, l'analista rimane in contatto con il proprio inconscio studiando accuratamente i propri sogni e tutte le altre manifestazioni del profondo: si potrebbe perciò pensare che ciò sia una valida garanzia contro l'eventualità di cadere nei ruoli del ciarlatano, del falso profeta, dell'analista distruttivo. Ma alla pari di altre persone, anche gli analisti hanno spesso una sorta di cecità verso la loro ombra che impedisce di vederla e poiché le espressioni dell'inconscio sono spesso ambigue, il modo di interpretarle dipende dall'Io dell'analista e quindi dai suoi desideri egoici.

Tuttavia l'operato di un analista che agisca guidato dall'ombra non

¹³⁸ *Ibidem*, pp. 20-23

sempre è negativo, e i ciarlatani, del resto, riescono spesso a lenire le sofferenze più di quanto non facciano medici rispettabili ed onesti. Così anche un terapeuta caduto momentaneamente nell'inconscio, che agisca a partire dal suo lato d'ombra, può, con la sua sicurezza e determinazione esteriori, aiutare molti pazienti almeno temporaneamente, smussando quelle che sono le punte più acute delle loro sofferenze.¹³⁹

Prima della regolamentazione della professione era possibile leggere annunci pubblicitari fantasiosi, in cui venivano magnificate le doti di mago, indovino, guaritore e... psicanalista. Ora, fortunatamente, a livello legale ciò non è più possibile e questo certamente per psicanalisti e psicoterapeuti costituisce un notevole salto qualitativo. Ma resta pur sempre la spiacevole constatazione che nell'immaginario collettivo questa professione è ancora in qualche modo legata al mondo dell'occulto.¹⁴⁰

In effetti non è tanto la verità a rendere sereni, quanto l'integrazione di una credenza col mondo dei propri desideri: ad esempio si incontrano persone provate da esperienze di vita solitamente devastanti, che, grazie a movimenti e ricercatori che propongono "contatti" con il regno dei morti, sono riuscite a riorganizzare la propria vita interiore e sociale in un modo che certamente non sarebbe stato possibile con una semplice psicoterapia. A una madre che, tra i gracchi

¹³⁹ *Ibidem*, p. 24

¹⁴⁰ Cfr. Bonecchi A., *Maghi, indovini e guaritori...: tra creduloneria e inganno scienista*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/maghi.html

di una radio sintonizzata sulle onde corte sente messaggi affettuosi del figlio morto, è forse opportuno spiegare che questo fenomeno può essere dovuto proprio al suo forte e comprensibile desiderio di non troncargli il rapporto d'amore? Perché colpire le convinzioni che hanno salvato un altro essere umano dalla depressione più cupa, se non dal suicidio? Che cosa offrire in alternativa a queste persone, per rendere la loro vita vivibile?

Naturalmente, qualora il paziente si rivolga allo psicoterapeuta investendolo della funzione di mago, indovino o guaritore è il caso che egli non respinga direttamente questa proiezione, ma la sappia leggere nella sua dimensione transferale e quindi, assumendo tali maschere, possa aiutare il paziente a indagare i bisogni che sottendono queste proiezioni.

Su questo punto la differenza tra un serio psicoterapeuta e un reale ciarlatano è evidente: mentre infatti il primo utilizza ai fini della terapia le maschere che deve assumere, il secondo le strumentalizza per i propri tornaconti personali, che solitamente sono economici, ma possono anche divenire sessuali e manipolatori.¹⁴¹

¹⁴¹ *Ibidem*. Cfr. Carloni G., *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*, in Di Chiara G. (a cura di), *Itinerari della psicoanalisi*, Loescher Editore, 1982, pp. 32-33. "A tale proposito si segnala una delle tante barzellette sugli psicanalisti, quella nella quale lo psicanalista, dopo aver abusato sessualmente di una paziente intimidita e acquiescente, fregandosi lietamente le mani, le dice: "Suvvia, ora che abbiamo provveduto a soddisfare i miei bisogni, vediamo un po' come soddisfare i suoi". Freud ha introdotto l'espressione "psicanalista selvaggio", ma forse si può parlare più genericamente di "terapeuta selvaggio", per il quale il paziente, anziché essere considerato come il fine dell'attività terapeutica, è, come nella barzelletta, soltanto uno strumento".

Il lavoro degli psicoterapeuti ha un gusto particolare. Seduti nella poltrona, ascoltano i problemi di persone verso cui sviluppano una notevole empatia. In parte strizzacervelli, istrioni o ministri di un culto esoterico, non sono in effetti nulla di tutto ciò, ma esseri umani che sanno di dover passare anche attraverso queste maschere per poter aiutare altri esseri umani nell'indagine e nella trasformazione della loro mente.¹⁴²

Alcune tipologie di maschere dello psicoterapeuta:¹⁴³

- *Il terapeuta aguzzino.* Evita forme di disponibilità, di contatto emotivo col paziente e mette in risalto tutto ciò che può aumentare il suo potere e la sua desiderabilità. Si irrita e si irrigidisce di fronte al paziente "difficile" che mette in crisi il suo ruolo, mentre predilige il paziente osservante ed acquiescente. Una variante più pericolosa è il terapeuta-aguzzino-confessore-consolatore, poiché, quando le caratteristiche si miscelano, formano una sintesi che rende difficile la loro identificazione e gestione, e il paziente si trova al tempo stesso consolato-rimproverato, esaltato-squalificato, desiderato-rifiutato, autonomizzato-coercizzato, ecc;

- *Il santo missionario.* Vive la professione come abnegazione al paziente e al ruolo, come una sorta di mistica missione; dedica ore ad ogni paziente, va a casa loro e dovunque egli venga richiesto, può essere chiamato in ogni momento. E' il terapeuta più amato

¹⁴² Cfr. Bonecchi A., *Qualità e limiti dello psicoterapeuta*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/psico.html

¹⁴³ Cfr. Nardone G., *op. cit.*, pp. 96-102. Elementi di queste tipologie sono presenti nel personaggio di Moretti che lo stesso autore interpreta nel film "La stanza del figlio".

dai pazienti, purtroppo i suoi risultati non sono comparabili con gli sforzi profusi e con l'intensità della relazione: infatti si coinvolge così tanto nei problemi dei suoi pazienti da perdere il reale potere terapeutico. Alcuni particolari pazienti stabiliscono con il loro terapeuta-santo relazioni di tipo quasi ricattatorio, la disponibilità e l'abnegazione divengono l'ostaggio di loro possibili peggioramenti e ricadute. Tuttavia questo tipo di terapeuta è in grado di produrre in molti pazienti anche significativi miglioramenti in quanto sfrutta le caratteristiche terapeutiche tipiche di una relazione interpersonale calda e affiliativa. Molti studi, relativi alla comunicazione medico paziente, evidenziano come il far sentire il paziente importante a livello umano ed emotivo, rappresenti di per sé un fattore terapeutico rispetto a molte forme di patologia. In realtà la più marcata controindicazione per il ruolo del "santo" è nei confronti del terapeuta stesso, il quale rischia la sindrome del burn-out, ossia una forma grave di stress da esercizio esasperato di una professione d'aiuto che conduce a sintomatologie psicosomatiche comportamentali. Questo è il caso del dottore che si ammala della propria cura;

- *Il profeta.* E' il portatore prediletto di una verità, il profeta di una terapia. Esercita la professione con il doppio ruolo di curare e di indottrinare i pazienti, i suoi proseliti; anzi il profeta terapeuta è più attento alla costituzione di un vasto gruppo di fedeli alla sua verità che agli effetti dei suoi interventi terapeutici. La costante di questa tipologia è lo sforzo continuo, deliberato e diretto, di indottrinamento esercitato nei confronti di chi si rivolge alle sue cure. L'affermazione "la scelta di fare lo psichiatra o lo psicoterapeuta è dovuta al bisogno di sentirsi più vicini a Dio,

quasi dei suoi sostituti” calza perfettamente alla figura del profeta. Anche in questo caso ci possono essere alcuni effetti positivi, collegati allo stile ed al ruolo del terapeuta, per esempio all'efficacia di mobilitare le energie del paziente il quale, abbracciando una fede, diventa parte integrante di un gruppo, unito dallo scopo della “diffusione della verità”, usufruisce quindi di quegli effetti suggestivi che hanno risvolti terapeutici, effetti ben noti agli psicologi sociali che studiano i processi di influenzamento e cambiamento di gruppi e sette.

7.1 Onnipotenza, narcisismo e limiti dello psicoterapeuta

7.1 Omnipotens, narcissism og grensene av psykolog

All'inizio della terapia il rapporto fra il terapeuta ed il paziente assomiglia spesso a quello fra lo stregone ed il suo apprendista. Se il paziente sviluppa fantasie di questo genere, esse hanno un effetto corrispondente sul terapeuta, perché nel proprio inconscio questi comincia a costellare la figura del mago o del salvatore e comincia a credere di essere realmente dotato di poteri soprannaturali e capace di compiere prodigi con la propria “magia”.

Naturalmente, è molto difficile per l'analista sottrarsi ad una tale proiezione, anzi egli arriva addirittura a stimolarla nel paziente, cercando di mettere in evidenza il proprio potere ed il proprio prestigio.

Affascinati da questa figura interna del mago, gli psicoterapeuti, per la maggior parte, vorrebbero che tutte le persone bisognose di aiuto si

rivolgessero a loro. Più di uno si ammazza di lavoro e parla con un certo orgoglio delle lunghe liste d'attesa dei candidati pazienti. L'esigenza interna di potere assoluto e la fantasia di essere il migliore e il più potente degli stregoni gli impediscono di affidare opportunamente dei casi a colleghi di pari livello.¹⁴⁴

Il problema dell'ombra professionale tocca punti fondamentali dell'attività dello psicoterapeuta. Ciò che gli viene chiesto è di portare una persona che soffre a capire se stessa fin dove può, mettendola, da un lato, in contatto con l'inconscio e, dall'altro, più semplicemente, aiutandola a sopportare gli aspetti dolorosi e tragici della vita in tutta la loro incomprendibilità. Per poter aiutare una persona malata gli analisti debbono essere in grado di fronteggiare il suo omologo in se stessi, fronteggiare cioè quel fenomeno per cui quanto più cercano di essere buoni terapeuti, aiutando i pazienti a raggiungere una più ampia coscienza, tanto più scivolano nella propria ombra professionale.¹⁴⁵

Sebbene una forte idealizzazione da parte del paziente nei confronti del terapeuta sia inevitabile, per quest'ultimo essa può rappresentare un veleno. Infatti, nel caso non la sappia ascoltare nella sua precisa collocazione transferale, egli sarà portato all'esaltazione

¹⁴⁴ Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, pp. 29-30. "Le fantasie di potere hanno inizialmente un ruolo molto importante in quei pazienti la cui analisi può essere in parte intesa quale analisi didattica o che svolgono professioni in campo sociale e vogliono, attraverso l'analisi, ampliare la propria cultura psicologica. Essi sperano di ottenere dall'analista un sapere e delle capacità psicologiche che permettano di dominare e di appropriarsi dell'ambiente che li circonda".

¹⁴⁵ *Ibidem*, pp. 22-23

narcisistica derivante dal credersi o allo sconforto più cupo per il fatto di non esservi all'altezza. Se invece saprà analizzarla sarà in grado di aiutare il paziente a sostituire l'elaborazione del proprio materiale inconscio alla ripetizione di meccanismi stereotipati. E' in questi momenti che veramente si comprende come il lavoro dello psicoterapeuta non sia una pratica rituale, ma anzi comporti vigilanza e capacità d'intervento analitico.¹⁴⁶

Spesso il paziente si oppone tenacemente ad ogni cambiamento, vanificando le varie offerte terapeutiche, e suscitando quindi nei terapeuti sentimenti di impotenza, a cui egli contrappone la propria onnipotenza. L'immodificabilità, per esempio dello psicotico grave, rappresenta una sfida al narcisismo dell'analista, che può reagire amplificando il proprio velleitarismo terapeutico fino a pretendere di smantellare le difese psicotiche. Spesso il paziente sente il bisogno di spogliare l'analista della sua identità professionale, perché per lungo tempo l'essere capito è, per il paziente, un'esperienza persecutoriamente intrusiva. E' quindi necessario per l'analista fare i conti col proprio narcisismo, accettare l'impotenza, senza moltiplicare, come spesso avviene, programmi terapeutici ed iniziative velleitarie, che chiedono ai pazienti cambiamenti che essi non possono fare.

¹⁴⁶ Cfr. Bonecchi A., *Qualità e limiti dello psicoterapeuta*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/psico.html

L'analista può essere tentato di servirsi del paziente per i propri fini narcisistici: sedotto dalle idealizzazioni del paziente, che spesso mette il proprio destino nella mani dell'analista, questi può crogiolarsi in una illusoria situazione di potenza, dimenticando in realtà che siamo tutti deboli, incerti ed insicuri. L'analista può, quindi, inconsciamente, essere tentato di imprimere al paziente il proprio marchio, di formare un doppio della propria immagine.¹⁴⁷

Per uno psicoterapeuta è importante sapersi fermare al momento giusto nel proprio desiderio di aiutare il paziente, pena il rischio di creare più problemi di quanti ne possa effettivamente risolvere. Per far questo, occorre che egli abbia ben compreso le potenzialità, ma anche i limiti, del suo operare, ovvero che abbia elaborato i fantasmi di onnipotenza che in qualche modo sono sempre presenti, soprattutto all'inizio della sua pratica.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Cfr. Marinetti M., *Impotenza, onnipotenza e narcisismo: alcuni problemi dell'analista con i pazienti gravi*, in Correale A. e Rinaldi L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per la psicosi?*, Raffaello Cortina Editore, 1997, pp. 163-166

¹⁴⁸ Bonecchi A., *Maghi, indovini e guaritori...: tra creduloneria e inganno scienista*, articolo tratto dal sito web: <http://www.working.it/bonecchi/maghi.html>

7.2 La storia di Carlo ¹⁴⁹

7.2 Historien av Carlo

Carlo ha quarant'anni quando, al culmine di un drammatico confronto con la moglie (durante il quale aveva dovuto confessarle di avere una relazione con una loro amica), incalzato e pressato dalla consorte che pretendeva che egli scegliesse subito con chi delle due stare, sentendosi la testa scoppiare, cerca di uccidersi in modo cruento, salvandosi solo per l'intervento della moglie, che riesce a prevenire il peggio... Carlo viene preso in carico da parte del Servizio psichiatrico territoriale e viene visto da una psicologa che capisce il forte legame simbiotico con le due donne, l'impossibilità di sceglierne una lasciando l'altra, la sensazione di panico che ne deriverebbe. Anche la moglie sembra capire della gravità della situazione e accetta di stabilire col marito un contratto, che avrebbe dovuto disciplinare una sorta di ménage a tre, dal quale Carlo ricava un forte senso di soddisfazione narcisistica, poiché realizza un vecchio sogno: il "triangolo perfetto"... Fin dall'inizio Carlo aveva costruito con la moglie un rapporto simbiotico ambivalente, che cercava di negare seguendo le orme di un padre "forte ed intraprendente" e intrattenendo numerose ed estemporanee relazioni sessuali, connotate da uno stile "usa e getta", sollecitato in questo dal padre... Nei primo colloqui con la psicologa, Carlo si presenta impettito ma cordiale, sicuro di sé, perfettamente a proprio agio, dà un'immagine di persona potente e pericolosa, si dichiara esperto conoscitore di filosofia, buddismo, zen, arti, ottimo professionista, intollerante alle critiche; è però terrorizzato da ciò che gli è successo e chiede un aiuto per evitare una nuova esperienza di panico e di frantumazione del Sé. Durante gli incontri presentava in genere un atteggiamento maniacale: tutto andava a perfezione, il triangolo funzionava a meraviglia, non aveva bisogno di nessuno. Si dilungava nel descrivere con dovizia di particolari le sue numerose prestazioni sessuali, utilizzando un linguaggio crudo e scurrile, con atteggiamento di disprezzo e arroganza nei confronti delle due donne, e suscitando sia in me che nella psicoterapeuta penosi sentimenti di offesa e di rabbia, che rendevano il paziente sgradevole. Parlava anche del suo bisogno di controllare tutte le relazioni; del terrore di perdere la sua forza e di sentirsi così impotente, di come volesse sentirsi sempre al centro delle attenzioni, ma con la paura di essere poi schiavizzato. In ogni colloquio Carlo vestiva i panni del superuomo arrogante e affermava spavalidamente di non aver bisogno di niente perché le due donne ubbidivano ciecamente alle sue richieste; egli parlava sempre di momenti di angoscia, avvertiti quando percepiva la possibilità di perdere il controllo della situazione, specie quando la moglie manifestava stanchezza per il ménage a tre...

Questo caso si presta ad evidenziare i problemi che nascono quando con un paziente sorgono divergenze tra la "teoria" del terapeuta e quella del paziente, tra il "programma terapeutico" dell'uno e quello dell'altro.

¹⁴⁹ Cfr. Marinetti M., *op. cit.*, pp. 167-172

...Per quanto mi riguarda, pensavo che la malattia del paziente fosse l'onnipotenza, il coltivare un'immagine di sé dura, di chi disprezza gli altri, specie le donne; Carlo era quindi affetto, secondo me, dal narcisismo distruttivo e penso che sia una diagnosi corretta. Ma il paziente aveva idee profondamente diverse su ciò che gli accadeva: egli riteneva che la propria onnipotenza fosse il suo bene più prezioso, sentendosi malato quando non riusciva a mantenerla. In alcuni momenti Carlo smetteva di indossare i panni dell'arroganza e lasciava trasparire i suoi aspetti teneri e le proprie difficoltà, ma egli non tollerava che sottolineassi le angosce per il possibile fallimento del triangolo amoroso. Io cercavo di mostrargli come la sua sicurezza non dovesse e non potesse dipendere dalla tenuta del triangolo, soggetto ai movimenti autonomi di ciascuna delle due donne, e così gli suggerii di intraprendere un lavoro psicologico più approfondito, di tipo psicoanalitico. Al mio progetto contrapponeva il proprio: per stare bene aveva bisogno di avere le sue donne, di non prendere più farmaci né di fare la psicoterapia. Cioè, aveva bisogno di mantenere l'illusione di essere onnipotente... Per alcuni mesi, nei nostri incontri, ciascuno finiva per fare presente all'altro il proprio progetto finché Carlo, davanti alle mie insistenze, sbottò dicendo che il suo progetto era migliore, che io non potevo pretendere che facesse i cento metri se gli mancava una gamba; mi segnalava così l'irriducibilità della propria onnipotenza. Ritengo che fosse corretta la mia ipotesi circa la presenza del narcisismo distruttivo e circa l'utilità di proteggere e fare emergere il bambino fragile e bisognoso che non aveva mai trovato un'accoglienza, se non mascherandosi da superuomo. Ma un riconoscimento di ciò poteva forse essere possibile solo dopo un'alleanza col suo bisogno di onnipotenza. Così, quando mi parlava della stanchezza che provava nel gestire il triangolo, nel passare da un letto all'altro, avrei forse dovuto dirgli che anche Maciste o Ercole si sarebbero alla lunga stancati, che anche Dio aveva avuto bisogno, il settimo giorno, di riposare. Carlò troncò per due anni ogni rapporto col servizio psichiatrico, quando tornò non trovò più me, perché non vi lavoravo più, ma trovò la psicologa iniziale a cui raccontò che i nostri incontri erano diventati controproducenti: egli stava bene, il triangolo con la moglie e l'amante funzionava a meraviglia e io invece gli dicevo: "Non si illuda, prima o poi le donne la porteranno a scegliere, quanto pensa ancora di poter andare avanti così?". Carlo aggiunse: "Uscivo angosciato, mi faceva più male che bene e così ho deciso di non venire più..."

Diversi fattori avevano contribuito a sviare lo psicoanalista. C'era l'arroganza con cui sbandierava il potere che aveva sulle sue donne, il disprezzo con cui le trattava, che lo rendevano sgradevole. Oltre a ciò, e più importante per evidenziare gli errori che l'analista (o lo psicoterapeuta) può commettere quando vengono sollecitati i suoi nuclei narcisistici, era il fatto che Carlo lo sfidasse sostenendo che il suo programma era quello giusto, che egli sapeva ciò che era bene per lui,

svalutando così le proposte di cura, compresa quella dell'analisi. Senza rendersi conto, lo psicoterapeuta dentro di sé lo accusava di lesa maestà e aveva certamente ai suoi occhi buon gioco nel sostenere che il paziente si difendeva, che era troppo onnipotente, troppo narcisista.

Invece, forse Carlo aveva ragione nel sostenere la bontà della sua difesa: in fondo, in certi casi, solo i pazienti sanno ciò che è bene per loro, soprattutto quando le loro difese sono l'unica cosa che possono mettere in campo per sopravvivere.

E' dalla capacità dell'analista di riconoscere ed elaborare il proprio narcisismo, la propria onnipotenza, di fare i conti con una vasta gamma di sentimenti, che dipende la possibilità di accettare di non essere indispensabile per il paziente, di non viverci e comportarsi come se fosse il "seno" ideale negando valore autonomo al paziente, di non viverlo come una propria estensione narcisistica.¹⁵⁰

¹⁵⁰ *Ibidem*, pp. 164-166

...A volte la felicità è una benedizione, ma generalmente è una conquista. L'istante magico del giorno ci aiuta a cambiare, ci spinge ad andare in cerca dei nostri sogni. Soffriremo, affronteremo momenti difficili, ricaveremo molte disillusioni: ma tutto è transitorio e non lascia alcun segno. E, nel futuro, potremo guardare indietro con orgoglio e fede. Meschino colui che ha avuto paura di correre rischi. Perché forse non sarà mai deluso, non avrà disillusioni, né soffrirà come coloro che hanno un sogno da perseguire. Ma quando quell'uomo guarderà dietro di sé, perché capita sempre di guardare indietro, sentirà il proprio cuore dire: "Che cosa ne hai fatto dei miracoli di cui Dio ha disseminato i tuoi giorni? Come hai impegnato le doti che il tuo Maestro ti ha affidato? Le hai sotterrate in una fossa profonda, perché avevi paura di perderle. Allora la tua eredità è questa: la certezza di aver sprecato la tua vita...

*Paulo Coelho,
"Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto"*

VIII

Eros

Eros

*“L'unica salvezza per colui che soffre a causa
dell'esistenza è quella di non soffrire più per
la propria esistenza.
Come potrà ottenerla?
Con la rapida morte o con un lungo amore”*
151

Nei capitoli precedenti sono stati analizzati i fantasmi che costellano l'inconscio delle figure professionali impegnate nelle relazioni d'aiuto: dagli archetipi ferito - guaritore, onnipotente - impotente, adulto sapiente - bambino ignaro... alle ombre del ciarlatano e falso profeta, al narcisismo.

Tutti coloro che credono di nutrire il desiderio di aiutare l'umanità, mentre si preoccupano per le disgrazie, il disadattamento sociale, la malattia, costellano in loro stessi, per il gioco degli opposti, l'ombra del potere e del dominio.¹⁵² Ombre che riguardano tutti i professionisti della

¹⁵¹ Cfr. Nietzsche F., *Frammenti postumi 1882-1884*, tr. it., Adelphi, 1982, p. 195

¹⁵² Guggenbuhl-Craig A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983, p. 128

“salute”, siano essi assistenti sociali, medici, insegnanti, educatori o psicoterapeuti, al di là della loro formazione o linea teorica con la quale abbiano scelto di lavorare.¹⁵³ Per diverse ore al giorno incontrano individui che desiderano strappare alla “malattia” e ricondurre alla salute ed alla gioia di vivere, ma tanta buona volontà cosciente costella necessariamente una quantità più o meno uguale di cattive intenzioni e distruttività inconse. I problemi di potere ed il loro superamento sono comunque simili in tutte le relazioni d’aiuto, anche se ciascuna di esse ha le sue caratteristiche particolari.

La cosa più difficile per tutti è prendere coscienza dell’azione dell’ombra archetipica, delle proprie tendenze distruttive e autodistruttive e sperimentarle in se stessi invece di proiettarle sui “pazienti”, utilizzando poi il potere nel tentativo di sanare la scissione dell’archetipo.¹⁵⁴ Ombre che è di suprema importanza non occultare a se stessi ma con cui, al contrario, si deve rimanere il più possibile a contatto per renderle meno remote, invece di tenerle isolate come corpi estranei da scongiurare, rigettare, proiettandole ciecamente su chi è in relazione. Non è eliminando le ombre che aumenta la luce, ma è nel riconoscerle di buon grado e, riconoscendole, affievolirle.

In quasi tutti i campi, il cosiddetto aggiornamento professionale

¹⁵³Cfr. Mares J., *La relazione dell’aiuto comprensiva. Una visione sociale/medica/ psichiatrica di alcuni fattori che la rendono difficile*, articolo tratto dal Convegno “La relazione d’aiuto tra tradizione e innovazione”, Roma, 26/27/28 novembre 1999, sito web: www.aicounselling.it/atti/jmares.htm

¹⁵⁴ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, pp. 103-104

consiste nell'acquisire nuove tecniche e rimanere in contatto con le ricerche più recenti, nel coltivare la lettura di libri e riviste specializzate, ma questo non permetterà di evitare o sanare la scissione dell'archetipo.

Nel corso dell'addestramento alle professioni d'aiuto si parla molto delle difficoltà degli assistiti e dei pazienti, ma poco si dice sui lati oscuri di chi le esercita. Una parte dell'istruzione di assistenti sociali, infermieri, insegnanti, medici, educatori, ecc. dovrebbe servire a sottolineare che i problemi dell'assistito sono anche i propri. Coloro che si preparano ad esercitare una tale professione dovrebbero essere accuratamente informati sulla varietà di modi in cui possono manifestarsi i relativi lati d'ombra. Non dovrebbero esistere assistenti sociali o educatori ben preparati che credono seriamente di poter praticare la professione in modo tecnico e con obiettività, come se fossero ingegneri. Non dovrebbero esistere maestri convinti di essersi ormai lasciati alle spalle l'infanzia e che solo gli allievi sono infantili. E per quanto riguarda i medici ce ne sarà qualcuno meno convinto che la malattia si trova solo nei pazienti?

La psicologia del profondo rappresenta una delle moderne vie verso l'indagine e la percezione di sé: le sue conoscenze e l'analisi offrono ai membri delle professioni socio-sanitarie un sostegno nella lotta con i loro fantasmi professionali.¹⁵⁵

¹⁵⁵ *Ibidem*, pp. 127-129

Alcuni operatori, che si rendono conto di questo complesso problema, traggono conforto dalla convinzione di poter dominare la situazione con un'accurata analisi didattica ed un successivo coscienzioso esame del proprio inconscio, riconoscendo come le difficoltà del paziente costellino i loro problemi e viceversa, e perciò lavorano apertamente non solo sul paziente ma anche su se stessi. Purtroppo questo è un caso assai raro; più spesso cadono sempre più nel ruolo di solo guaritore alimentando la propria onnipotenza, il proprio narcisismo.

E' inutile dire che, nonostante la minaccia dei pericoli che sono stati descritti, molti operatori e professionisti riescono a fare un apprezzabile lavoro e ad alleviare le sofferenze di chi chiede loro aiuto, e anche se esistono sicuramente degli operatori che non sono in grado di affrontare questi pericoli, cosa che può rendere dannoso il loro operato, ciò non significa che si debbano avere seri dubbi sul valore di queste professioni.¹⁵⁶

Ma se le competenze tecniche e relazionali, la disponibilità all'ascolto, il ricorso alla metodica analitica sono necessari, probabilmente, non sono sufficienti a garantire il professionista delle relazione d'aiuto dalla seduzione delle sue ombre, anche perché esserne catturati rappresenta un'eccellente difesa dell'Io ed evita sofferenza e disagi. Chi, senza saperlo e senza soffrire, è guidato costantemente dalla sua ombra,

¹⁵⁶ *Ibidem*, pp. 106-108

ha trovato un *modus vivendi* che gli permette di condurre una vita soddisfacente e libera da tensioni. Gli può perfino riuscire di aiutare, sia pure limitatamente, qualcuno a raggiungere una simile sana stabilità, ad essere meno afflitto da sintomi nevrotici, ma tenderà anche ad essere molto meno interessante come individuo e spesso anche più egoista e cattivo.¹⁵⁷

Che fare, dunque? Sicuramente il primo intervento è interno alla pratica lavorativa e consiste nel renderla maggiormente “vera ed umana”, abbandonando sempre più i comportamenti stereotipati e tenendo conto, nell’incontro con l’altro, non solo della posizione in cui il paziente colloca l’operatore “terapeuta” ma anche di come quest’ultimo la occupa. Importantissimi sono anche un più frequente e significativo ricorso alle riunioni d’equipe e all’attività di supervisione per sopportare meglio il senso di isolamento e di alienazione, controllare meglio le frustrazioni, i deliri di onnipotenza ed avere dei rimandi di realtà.

Sul versante esterno il senso di isolamento e la chiusura su posizioni di superiorità possono essere affrontati e controllati costruendosi una vita affettiva e relazionale solida, capace di costruire un valido punto di riferimento anche nei momenti più delicati della pratica professionale; per esempio attraverso “una famiglia”, intesa come luogo

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 123

di esistenza, in cui reintegrare nel proprio Sé quelle parti con cui eventualmente durante la giornata si è rimasto poco in contatto.¹⁵⁸

L'operatore della relazione d'aiuto ha bisogno di rapporti simmetrici, rapporti con partners al suo livello, amici che osino attaccarlo, mettere in evidenza non solo le sue virtù ma anche i suoi lati ridicoli. E' possibile trovare questo tipo di stimolo sia all'interno di un matrimonio ma anche in una relazione di amicizia, dove fra pari si può attaccare ed essere attaccati, esaltare ed insultare. Ecco quindi intervenire l'eros.

Eros è attitudine all'unione, per ristrutturare realtà già formate, per creare nuove realtà ed è a causa di quest'attitudine che chi è percorso dalla tensione dell'eros può sopportare l'onere, le fatiche, ma anche la pienezza, l'esaltazione che accompagna la creazione di connessioni, di legami, di relazioni. Fuori di sé, ma soprattutto dentro di sé.¹⁵⁹ Un'amicizia vissuta intensamente, ed intensamente sofferta, salva più di un operatore da un coinvolgimento inestricabile del proprio lato oscuro e distruttivo; egli deve esporsi a qualcosa che lo tocchi profondamente, qualcosa di non analitico che gli faccia ripetutamente perdere l'equilibrio, lo stimoli, gli mostri più volte chi è, quanto sia debole e limitato.

E' il problema fondamentale dello sviluppo umano in sé e delle difficoltà di rimanere aperti e vitali; si tratta del tema che Jung ha più

¹⁵⁸ Cfr. Bonecchi A., *Qualità e limiti dello psicoterapeuta*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/psico.html

¹⁵⁹ Lampignano A., *A proposito del rapporto tra maestro e allievo*, in AA.VV., *Rivista italiana di gruppoanalisi*, vol. XIV, n° 3, 2000, p. 48

volte elaborato: quello dell'individuazione.

La rigidità, la chiusura mentale, la mancanza di apertura verso se stessi e il mondo, sono tutti fattori ostili all'individuazione, le cui vie sono originali ed uniche e possono passare attraverso la malattia o la salute, la gioia o la sofferenza: l'individuazione è lo sforzo di venire a contatto con la propria intimità e sottomettere l'Io al Sé.

Il processo di individuazione non è un fenomeno parallelo alla salute mentale e spirituale: una persona può anche essere del tutto priva di sintomi nevrotici e psicotici, eppure essere ben lontana dal processo di individuazione. Un Io può essere abbastanza forte da costruire efficaci meccanismi di difesa, nascondendosi magari dietro un attivismo anche significativo ma esasperato o dietro una concezione pratica della vita; i problemi d'ombra, le grandi paure vengono semplicemente rimossi o proiettati sugli altri, viene eluso il problema del significato complessivo della propria vita.¹⁶⁰

Invece l'attivazione ed il contatto con le proprie ombre stimolano il processo di individuazione perché rimettono in moto la psiche, spesso arroccata ed irrigidita; sono importanti il coinvolgimento, la gioia, il dolore, la delusione e la sorpresa, insomma quelle esperienze dell'eros che fluiscono all'interno di una relazione, nel corso della vita, quando ci si abbandona all'esperienza emotiva. Una volta che questa esperienza si è

¹⁶⁰ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, pp. 113-118

presentata ed ha portato il suo benefico effetto sulla psiche, può essere ridefinita, ripensata ed anche rivissuta in termini analitici, purchè stemperati dall'immediatezza dell'eros e ciò può verificarsi completamente e profondamente solo se essa avviene fra persone che si "amano" e non fra medico e paziente, maestro ed allievo, analista ed analizzato.

Naturalmente la maggior parte delle professioni può essere praticata molto efficacemente senza che il processo di individuazione venga attivato. Un contabile o un artigiano, mentalmente sano, dal comportamento rigido, ormai chiuso al mondo e "non individuato", può comunque fare un buon lavoro. Ben altra importanza, ovviamente, ha l'atteggiamento psichico in tutte quelle occupazioni che esercitano un'influenza decisiva sugli altri, dove la psiche è un importante strumento di lavoro.¹⁶¹

I segreti dell'animo umano si apprendono e si capiscono soltanto attraverso la capacità di soffrire personalmente e così entrare in contatto con la sofferenza degli altri: una via chiusa a coloro, la maggioranza delle persone, che indietreggiano di fronte ad un'emozione profonda.¹⁶²

¹⁶¹ *Ibidem*, pp. 122-127

¹⁶² Jones E., *Memorie di uno psicoanalista*, Astrolabio, 1974

*“Ma quando si è soli, di notte, e non si vede altro nel silenzio e nell’oscurità che i pensieri che addizionano e sottraggono anni di vita e la lunga serie di fatti ingrati che ci provano senza misericordia quanto ormai abbia camminato l’indice dell’orologio – lento e fatale approssimarsi di quel buio fondo in cui verrà inghiottito alla fine tutto ciò che amiamo, desideriamo, possediamo e speriamo e per cui ci affanniamo – allora scompaiono le sagge massime e l’angoscia ci coglie nell’insonnia, mozzandoci il respiro”*¹⁶³

E’ questa angoscia che i professionisti delle relazioni d’aiuto sentono quando parlano e ascoltano un malato, un depresso, chi soffre, chi è stato abbandonato. E possono accoglierla se hanno fatto risuonare dentro di loro queste note, queste infermità, l’abbandono, la debolezza, l’angoscia.¹⁶⁴

La malattia esiste e i professionisti della relazione d’aiuto esistono per combatterla, aiutando il paziente ad individuarla, assumerla, affrontarla.¹⁶⁵ Ma non possono guarire nessuno, neanche loro stessi, dallo scacco dell’esistenza, né eliminare il male, il negativo, l’ingiustizia, la tribolazione, la precarietà, la frantumazione, la miseria.¹⁶⁶ E’ necessario che l’operatore sia aperto e onesto verso se stesso e, nel dovuto modo, verso il paziente, affinché l’elaborazione delle ombre di potere, la capacità di operare, di amare, di godere, di soffrire possano essere affrontati assieme.¹⁶⁷

¹⁶³ Jung C.G., *Anima e morte*, in *La realtà dell’anima*, 1934, tr.it., Boringhieri, 1983, p. 153

¹⁶⁴ Duccoli D., *La malattia al lavoro: formazione e deformazione*, articolo tratto dal sito web: www.formazione.it/Duc_90.htm

¹⁶⁵ Cfr. Mares J., *op. cit.*

¹⁶⁶ Cfr. Duccoli D., *op. cit.*

¹⁶⁷ Cfr. Guggenbuhl-Craig A., *op. cit.*, p. 107

Lo scambio emotivo con coloro con cui si è in un rapporto di “amore” può aiutare il professionista della relazione d’aiuto a portare una nuova dimensione all’interno della propria attività lavorativa: se riuscirà ad aprirsi a questa dimensione esistenziale, il suo sviluppo potrà procedere aumentando di molto la sua capacità di aiutare gli altri a liberarsi dalla trappola nevrotica e a camminare, così, lungo la via dell’individuazione.¹⁶⁸

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 130

...e così anch'io riverso tutta la mia tristezza nelle acque gelide di qualche fiume sperando che le lacrime scorrano il più lontano possibile dai miei occhi e dal mio cuore perché tu non sappia mai che anch'io un giorno ho pianto per te.

Che le mie lacrime scivolino via, e solo allora forse dimenticherò tutti i momenti passati insieme, i discorsi fatti tra tristi pianti e dolci risate, gli scherzi e i giochi, tutte quello che non è mai stato detto e quelle domande che aspettano ancora una risposta. Dimenticherò il tuo sorriso, il mare e la montagna, i borghi medioevali con i loro folletti, i posti magici, le fiabe e gli angeli. Dimenticherò le tenere lettere, i viaggi, le incomprensioni e i momenti di difficoltà, i messaggi, i segreti, i baci e le carezze. Emozioni, sentimenti, momenti che mi mancano come mai prima d'ora e che so non torneranno mai più.

Forse anch'io ho creduto di essere onnipotente, di avere chissà quali poteri, di poter cambiare il corso delle cose, di cambiare quello che non si può. Mi sono illuso di sapere quello che poteva essere giusto, di riuscire a capire quello che era nascosto, ho creduto che a stare vicino e ad aiutare una persona non si potesse ricevere altro che affetto e che quello che nella mia sciocca mente era più vivo che mai si sarebbe conseguentemente realizzato. Ma non sempre le regole le facciamo noi, e non sempre le regole sono giuste.

A volte non possiamo cambiare proprio nulla, neanche se lo desideriamo con tutte le nostre forze e l'unica cosa che ci rimane è accettare un destino crudele che forse non meritiamo e sperare che i ricordi scivolino presto via facendo meno male possibile. Ma si sa, quando c'è di mezzo l'amore tutto è più difficile...

Bibliografia e Filmografia

Bøger og Filmer

- AA.VV., *Attenzione e amore nella relazione di aiuto*, 1994, articolo tratto dal sito web di "Monografia Formazione"
www.exodus.it/poiesis/hiv/mat/monograf/94form4.htm
- ABBATECOLA G. e MELOCCHI L. (a cura di), *Il potere della medicina*, Etas Libri, 1977
- BION W.R., *Attention and interpretation*, Tavistock, 1970; tr. it., *Attenzione e interpretazione*, Armando, 1973
- BLANDINO G., *Le capacità relazionali dell'operatore sociale*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n°10, 1993
- BLANDINO G., *Tolleranza e sofferenza nel lavoro dell'operatore sociale, una prospettiva di formazione*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 1, 1993
- BONECCHI A., *Maghi, indovini e guaritori...: tra creduloneria e inganno scienista*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/maghi.html
- BONECCHI A., *Qualità e limiti dello psicoterapeuta*, articolo tratto dal sito web: www.working.it/bonecchi/psico.html
- CANESTRARI R., *Le radici della relazione medico-paziente*, articolo tratto da "Il medico & il management".
Sito web: www.accmed.net/mm/medm99/pubbl/f9105.htm
- CANTONI L., "La carta degli Operatori sanitari". *Una presentazione*, articolo tratto da "Cristianità" n°239, 1995
Sito web: www.alleanzacattolica.org/indici/articoli/cantoni1239.htm
- CAPELLO C. e FENOGLIO M.T., *Perché mai mi curo di te? Soddisfazioni e fatiche nel lavoro sociale*, Rosenberg & Sellier, 1992
- CARLONI G., *Sofferenza psichica e vocazione terapeutica*, in DI CHIARA G. (a cura di), *Itinerari della psicoanalisi*, Loescher Editore, 1982
- CAVICCHI I., *Il rimedio e la cura*, Editori Riuniti, 1999

- CECCHINI M.G., *Lo spazio interno del counseling come spazio d'aiuto*, articolo tratto da "1° Tavola Rotonda"- *Quale epistemologia per una relazione d'aiuto comprensiva* (26/11/99), sito web: www.aicounselling.it/atti/cecchini.htm
- COELHO P., *Sulla sponda del fiume Piedra mi sono seduta e ho pianto*, Bompiani, 1994
- CONNELLY J., *Bringing out the dead*, 1998; tr. it., *Pronto soccorso*, Tropea Editore, 1998
- DE PASQUALE M., *La relazione educativa e l'insegnamento della filosofia*, articolo tratto dal sito web: www.ilgiardinodeipensieri.com/artdida1/Depa3.html
- DUCCOLI D., *La malattia al lavoro: formazione e deformazione*, articolo tratto dal sito web: www.formazione.it/Duc_90.htm
- ENRIQUEZ E., *Ulisse, Edipo e la Sfinge. Il formatore fra Scilla e Cariddi*, in SPEZIALE-BAGLIACCA R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, 1980
- FERENCZI S., *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, vol. III, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 4 voll., Guaraldi, 1974
- FREUD S., *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, 1932, in *Opere (1932-1938)*, vol. IX, Boringhieri, 1979
- FREUD S., *Poscritto*, in *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale*, 1926, in *Opere (1924-1929)*, vol. X, Boringhieri, 1978
- GARZONE F., *Il sapere e l'umile ignoranza*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 1, 2000
- GENEVAY B. e KATZ R.S., *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto*, Erickson, 1994
- GIORDANI B., *L'ascolto nella relazione d'aiuto, L'orizzonte umanistico Rogersiano*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 8-9, 1994
- GRIMM J. e W., *Comare Morte*, in *Le fiabe del focolare*, Einaudi, 1951
- GUGGENBUHL-CRAIG A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere assoluto del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 1983
- JERVIS G., *Il problema della psicoterapia nei Servizi psichiatrici*, in FERRO A.M. e JERVIS G. (a cura di), *La bottega della psichiatria, dialoghi sull'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, Boringhieri Editore, 1999
- JERVIS G., *L'illusione della terapia ideale*, tratto dal sito web italiano per la filosofia de "Il Sole 24 Ore", 26/3/2000: www.lgxserver.uniba.it/lei/rassegna/000326e.htm
- JONES E., *Memorie di uno psicoanalista*, Astrolabio, 1974
- JUNG C.G., *Anima e morte*, in *La realtà dell'anima*, 1934, tr. it., Boringhieri, 1983
- JUNG C.G., *Ricordi, sogni, riflessioni*, 1961, tr. it., Rizzoli, 1978
- KOHUT H., *Narcisismo e analisi del sé*, Boringhieri, 1976
- LAMPIGNANO A., *A proposito del rapporto tra maestro e allievo*, in AA.VV., *Rivista italiana di gruppoanalisi*, vol. XIV, n° 3, 2000
- LOCATELLI G., *Il desiderio di formare in margine ad una ricerca nel mondo degli insegnanti*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 8-9, 1995

- MACCHIAVELLI N., *Belfagor*, 1520, in *Tutte le opere*, vol. II, Mondadori, 1950
- MARES J., *La relazione dell'aiuto comprensiva. Una visione sociale/ medica/psichiatrica di alcuni fattori che la rendono difficile*, articolo tratto dal Convegno "La relazione d'aiuto tra tradizione e innovazione", Roma, 26/27/28 novembre 1999, sito web: www.aicounselling.it/atti/jmares.htm
- MARINETTI M., *Impotenza, onnipotenza e narcisismo: alcuni problemi dell'analista con i pazienti gravi*, in CORREALE A. e RINALDI L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per la psicosi?*, Raffaello Cortina Editore, 1997
- MAURIZIO R. e REI D. (a cura di), *Professioni nel Sociale*, Edizioni Gruppo Abele, 1991
- MENEGUZ G., *Resistere all'apprendimento nelle professioni di aiuto*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 4, 2000
- NAHON L., *Identità e appartenenza nell'ospedale in trasformazione*, articolo tratto dal sito web de "La Fondazione Smith Kline"
www.fondazione-smithkline.it/t499art5.htm
- NARDONE G., *Manuale di sopravvivenza per psico-pazienti*, Ponte alle Grazie, 1994
- NATOLI S., *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, 1986
- NIETZSCHE F., *Frammenti postumi 1882-1884*, tr. it., Adelphi, 1982
- PARISI M., *Medico e paziente violano i confini*, articolo tratto dal sito web: www.utetperiodici.it/medicina/occhio/casi/1098com.html
- PICCIAFUOCO M., *Quali confini e limiti ha la medicina?*, articolo tratto dal sito web: www.qlmed.org/Scopi/picciafuoco.htm
- POSTIC M., *La relazione educativa*, Armando, 1983
- PREMOLI S., *Il soggetto in divenire*, Raffaello Cortina Editore, 1992
- PREMOLI S., *Implicazioni soggettive nella pratica degli operatori della cura del disagio psichico*, in AA.VV., *Il piccolo Hans presenta Ambulatorio, nuove forme dell'operare psicoanalitico 1*, Moretti & Vitali, 1999
- RACKER H., *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*, Armando, 1970
- SARACENO B., *Riabilitazione psicosociale: illusione terapeutica o reale opportunità di cambiamento?*, in AA.VV., *Stare, fare, creare: le tre dimensioni dell'educatore professionale*, Masso delle Fate edizioni, 1996
- SALOMONE I., *Il setting pedagogico*, NIS, 1997
- SARTORETTO W., *L'educatore tra ricerca e provocazione con chi è in difficoltà*, articolo tratto da "Animazione Sociale" n° 10, 1995
- SIMMEL E., *Il gioco del dottore, la malattia e la professione del medico*, in AA.VV., *Lecture di psicoanalisi*, Boringhieri, 1972
- SPINSANTI S., *Salute di tutti e responsabilità sociale*, articolo tratto dal Convegno dell'Associazione A.I.Pa.S. "Salute biografica come libertà per: missione di vita", 1998, sito web: www.aipas.com/convegno/atti/98/spinsanti.htm
- SPINSANTI S., *Verso la medicina delle scelte*, articolo tratto dal sito web: www.qlmed.org/Scopi/spinsanti.htm

TRAVERSA M.T., *Il guaritore ferito*, articolo tratto da "Individuazione" (trimestrale di psicologia analitica e filosofia sperimentale) n°10, 1994
Sito web: www.geagea.com/10indi/10_08.htm

WINNICOT D.W., *The maturational process and the facilitating environment*, The Hogart Press, 1965; tr. it., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, 1974

* * *

BERGMAN I., *Smultronstället*, Svezia, 1957; versione doppiata in italiano, *Il posto delle fragole*, Sampaolo audiovisivi

HITCHCOCK A., *Spellbound*, USA, 1945; versione doppiata in italiano, *Io ti salverò*, Broadcast pubblicazioni

MORETTI N., *La stanza del figlio*, Italia, 2001

SEUNKE O., *De Smaak von Water*, Olanda, 1982; versione doppiata in italiano, *Il sapore dell'acqua*, LEDHA pubblicazioni

TRUFFAUT F., *L'enfant sauvage*, Francia, 1969; versione doppiata in italiano, *Il ragazzo selvaggio*

