CIVITAS EDUCATIONIS.
EDUCATION, POLITICS AND CULTURE
Rivista semestrale

Ambiti di interesse e finalità
Civitas educationis. Education, Politics and Culture è una rivista internazionale peer-reviewed che promuove la riflessione e la discussione sul legame fra educazione e politica, intesa come dimensione fondamentale dell'esistenza umana.
Tale legame ha caratterizzato il pensiero e le pratiche educative occidentali sin dai tempi degli antichi greci, così come testimonia il nesso *paideia-polis*.
La rivista vuole essere un'agorà in cui sia possibile indagare questo nesso da diverse prospettive e attraverso contributi teorici e ricerche empiriche che focalizzino l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

Sistemi formativi e sistemi politici;
Educazione e diritti umani;
Educazione alla pace;
Educazione alla cittadinanza democratica;
Educazione e differenze;
Educazione e dialogo interreligioso;
Educazione e inclusione sociale;
Educazione, globalizzazione e democrazia;
Educazione e cultura digitale;
Educazione ed ecologia.

Questa rivista adotta una procedura di referaggio a doppio cieco.

Aims and scope
Civitas educationis. Education, Politics and Culture is an international peer-reviewed journal and aims at promoting reflection and discussion on the link between education and politics, as a fundamental dimension of human existence.
That link has been characterizing western educational thinking and practices since the time of the ancient Greeks with the bond between *paideia* and *polis*.
The journal intends to be an agora where it is possible to investigate this topic from different perspectives, with both theoretical contributions and empirical research, including within its scope topics such as:

Educational systems and political systems;
Education and human rights;
Peace education;
Education and citizenship;
Education and differences;
Education and interfaith dialogue;
Education and social inclusion;
Education, globalization and democracy;
Education and digital culture;
Education and ecology.

This journal uses double blind review.

Founder:
Elisa Frauenfelder

Editor-in-chief:
Enricomaria Corbi

Editorial Advisory Board:
Pascal Perillo, Stefano Oliverio, Daniela Manno, Fabrizio Chello

Secretariat of Editorial Board:
Martina Ercolano, Anna Mancinelli

Coordinator of the Scientific Committee:
Margherita Musello, Fabrizio Manuel Sirignano

Scientific Committee:
Massimo Baldacci (Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"), Gert J.J. Biesta (Brunel University London), Franco Cambi (Università degli Studi di Firenze), Enricomaria Corbi (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Michele Corsi (Università degli Studi di Macerata), Lucio d'Alessandro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Luigi d'Alonzo (Università Cattolica del Sacro Cuore), Ornella De Sanctis (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Franco Frabboni (Università di Bologna), Elisa Frauenfelder (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Janette Friedrich (Université de Genève), Jen Glaser (Hebrew University of Jerusalem), Larry Hickman (Southern Illinois University Car-bondale), David Kennedy (Mont Claire University), Walter Omar Kohan (Universidade de Estado de Rio de Janeiro), Cosimo Laneve (Università di Bari), Umberto Margiotta (Università Ca' Foscari Venezia), Giuliano Minichiello (Università degli Studi di Salerno), Marco Eduardo Murueta (Università Nazionale Autonoma del Messico), Margherita Musello (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Stefano Oliverio (Università degli Studi di Napoli "Federico II"), Pascal Perillo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Vincenzo Sarracino (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marie-Noëlle Schurmans (Université de Genève), Fabrizio Manuel Sirignano (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Giancarla Sola (Università degli Studi di Genova), Maura Striano (Università degli Studi di Napoli "Federico II"), Natascia Villani (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Carla Xodo (Università degli Studi di Padova), Rupert Wegerif (University of Exeter)

Web site: http://www.civitaseducationis.eu
e-mail: civitas.educationis@unisob.na.it

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE

care
Centro di Ateneo per la Ricerca Educativa
e per l'alta formazione degli insegnanti e degli educatori

Civitas educationis

EDUCATION, POLITICS AND CULTURE

Anno VII
Numero 1
Giugno 2018

MIMESIS

SUOR ORSOLA
UNIVERSITY PRESS

Iscrizione al registro operatori della comunicazione R.O.C. n. 10757
Direttore responsabile: Arturo Lando

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 36,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 - Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca - Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, via Suor Orsola 10, 80135 Napoli
Phone: +39 081 2522251; e-mail: civitas.educationis@unisob.na.it

MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857551739
Issn: 2280-6865

© 2018 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Sono rigorosamente vietati la riproduzione, la traduzione, l'adattamento anche parziale o per estratti, per qualsiasi uso, o per qualunque mezzo effettuati, compresi la copia fotostatica, il microfilm, la memorizzazione elettronica, senza la preventiva autorizzazione scritta della casa editrice. Ogni abuso sarà perseguito a norma di legge.

Table of contents – Indice

EDITORIAL – EDITORIALE

Enricomaria Corbi
Education in check. In memory of Elisa Frauenfelder 11
L'educazione in scacco. In memoria di Elisa Frauenfelder 15

SYMPOSIUM
Self-care, care of the others and of institutions.
A political thinking for education

Luigina Mortari
Introduzione 21

Monia Andreani †
La cura degli altri è cura del vivere civile: i "piccoli gesti profetici del CeIs di Pesaro" 27

Micaela Castiglioni
"Mettiti nei tuoi panni": per una cura etico-politica 45

Pierluigi Ciritella
La responsabilità della cura di sé nella formazione alla relazione terapeutica per una psicoterapia etica 61

Paola Dusi
Di fronte a chi ci sentiamo responsabili oggi?
Dalla libertà all'etica: la mediazione del riconoscimento 77

Andrea Galimberti
Dal mito al mercato? I dilemmi dell'Università nella cultura della performance. Alla ricerca di modi creativi di giocare con il vocabolario neoliberista 91

Valentina Guerrini
L'educazione alla cura per promuovere forme di cittadinanza attiva e democratica. Il ruolo della scuola. 109

Viviana La Rosa
Coltivare memoria, nutrire democrazia: processi formativi per una cittadinanza partecipata 131

Patrizia Manganaro
Empatia come terapia. Oltre il narcisismo postmoderno 149

Stefania Massaro, Laura Sara Agrati, Viviana Vinci
Aver cura del "bene comune" a scuola: una ricerca-formazione di *citizenship education* 167

Giovanni Menafra, Livia Pescarollo, Roberta Coluccia, Giovanna Gallo, Nadia Attalla El Halabieh, Caterina Santolamazza, Erika Pagannone, Cristina Cenci, Massimo Volpe, Marco Testa
Tailoring self-care education to heart failure patients through a narrative medicine approach using DNM, a web-based digital platform 195

Elisabetta Musi
La cura di sé a fondamento di una rinascita politica e sociale: il compito dell'educazione 209

Cristina Palmieri
Aver cura del disagio educativo: riscoprire il senso del metodo nella professionalità pedagogica 227

Isabella Pescarmona
Imparare a partecipare a scuola per far pratica di responsabilità. Uno studio etnografico della Complex Instruction di Elizabeth G. Cohen 245

Lucia Zannini, Maria Benedetta Gambacorti Passerini, Anne Destrebecq, Stefano Terzoni
La formazione al caring nel fine vita. Il lavoro sull'intelligenza socio-emotiva e sullo sviluppo morale 265

ESSAYS – SAGGI

Margherita Cardellini
Colorism and primary school children in Italy: opinions and representation about skin colors 285

Morena Cuconato
Youth participation in Europe: a pedagogical reflection at the crossroads between discourses and policies 301

Salvatore Lucchese
L'‘architrave' pedagogico degli scritti meridionalistici di Pasquale Villari: formare le élites per educare le "moltitudini" 315

Lorena Milani, Cristina Boeris
Una concezione della giustizia pedagogica 345

BOOK REVIEWS – RECENSIONI

Rossana D'Elia
Batini F., De Carlo M.A., *Alternanza scuola-lavoro: storia, progettazione, orientamento, competenze*, Torino: Loescher, 2016 367

Stefano Oliverio
Baggio G., *La mente bio-sociale. Filosofia e psicologia in G.H. Mead*, Pisa: Edizioni ETS, 2015 371

Abstracts 377

La responsabilità della cura di sé nella formazione alla relazione terapeutica per una psicoterapia etica

Pierluigi Ciritella*

Riassunto

La formazione degli psicoterapeuti costituisce un problema caldo e dibattuto. La formazione in psicoterapia, non è una mera formazione che si acquisisce attraverso il possedere un sapere, né attraverso un saper fare, ma molto più importante è il saper essere del terapeuta, persona tanto quanto il suo paziente. Il terapeuta non può avere una competenza del funzionamento della psiche dell'altro e il presupporre che abbia tale capacità, è parziale, illusorio e fuorviante. Occorre mettere al centro della riflessione la specificità della cura psicoanalitica intesa come 'prendersi cura' dell'altro, ponendo costante attenzione alla cura di sé. Questo concetto non è per niente semplice e scontato ma rivoluzionario, controcorrente e originale rispetto allo scenario sociale contemporaneo nel quale viviamo tutti. Un pensiero che opera una rivoluzione copernicana in psicoanalisi, spostando cioè l'attenzione sul terapeuta che, nel suo ruolo, deve costantemente interrogarsi sul modo del suo stare in relazione col paziente.

Parole-chiave: *psicoanalisi; terapeuta; persona; relazione.*

1. Introduzione

> Le diverse dottrine psicoterapeutiche che destano tanto scalpore non hanno poi, tutto sommato, grande importanza. Ogni psicoterapeuta capace sfiora, consciamente o inconsciamente, anche tutti quei registri che non fanno parte della sua teoria. […] Ogni psicoterapeuta non ha il suo metodo è 'egli stesso quel metodo'. […] In psicoterapia, il grande fattore di guarigione è la personalità del terapeuta: ed essa non è data a priori, non è uno schema dottrinario, ma rappresenta il massimo risultato da lui raggiunto (cfr. Jung, 1981).

Jung, in questo scritto del 1966, pone attenzione alla personalità del terapeuta discostandosi significativamente da Freud che intendeva collocare la teoria psicoanalitica tra le scienze naturali e le scienze mediche indicando la neutralità dell'analista come elemento fondamentale nella pratica

* Università degli Studi di Foggia (Italy).

clinica della psicoanalisi. Neutralità, che attiene sia alla necessità di evitare contatti extra-analitici con il paziente, sia all'attenzione a non privilegiarne solo alcuni contenuti del materiale portato in terapia invece che recepirli tutti. Nelle sue opere S. Freud non usa mai il termine 'neutralità'. Il lemma *Neutrality* viene introdotto nella *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, *The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London, 1966-1974* curata da James Strachey, in collaborazione con Anna Freud. Strachey se ne avvale già nel 1924 per rendere la parola *Indifferenz* che Freud aveva utilizzato in "Osservazioni sull'amore di traslazione" del 1914. L'Opera omnia pubblicata in Italia per la prima volta da Bollati Boringhieri, tra il 1976 e il 1980, a cura di Cesare Musatti rende il tedesco *Indifferenz* con il sostantivo *impassibilità* (Freud, 1914: 367). Non si tratta di sottili questioni linguistiche e un termine non vale l'altro, si tratta, invece, di porre sin da subito uno statuto relativo al modo di formarsi e di essere psicoterapeuta. Nel corso del Novecento la Psicoanalisi ha avuto l'ambizione di essere:

> 1) un procedimento per l'indagine di processi psichici altrimenti inaccessibili; 2) un metodo terapeutico per il trattamento dei disturbi nevrotici; 3) una gamma di conoscenze psicologiche ottenute nel modo indicato ai punti precedenti e convergenti in una nuova disciplina scientifica (Freud, 1922).

Oggi questa disciplina deve confrontarsi e affrontare in maniera nuova il disagio dell'Uomo contemporaneo, ponendolo al centro del processo di cura. La psicoanalisi è esercitata da persone che trasferiranno inevitabilmente il loro modo di essere direttamente nella relazione terapeutica. Questo comporta che il formarsi di uno psicoterapeuta – e da questo momento in poi utilizzerò solo questo termine, tralasciando ogni altro attributo di scuola e di orientamento – costituisce un vero e proprio atto etico che coinvolge: 1) l'essenza stessa dell'essere psicoterapeuta, 2) il senso della cura, 3) il ruolo della cura nel raggiungere la meta mai definitivamente conquistata del benessere e 4) il modo in cui il lavoro analitico si declina autenticamente come cura.

2. Essere terapeuta, essere persona

La cura analitica presenta una particolarità difficilmente osservabile in altre situazioni professionali, e cioè quella che chi esercita la funzione di cura coincide con lo strumento stesso della cura. La teoria della tecnica psicoanalitica, riversatasi nella prassi clinica definita come *tecnica classica*, ha inteso esercitare per così dire un'azione di sterilizzazione del terapeuta, volendolo neutrale nel suo lavoro con il paziente. Nel paragrafo introduttivo sottolineo quanto sia diversa l'accezione del termine *Indifferenz* per Freud da quella di *neutralità* adoperata nella letteratura psicoanalitica contemporanea. La prescrizione di *Indifferenz*, di impassibilità, suggerita da

Freud era dettata dalla necessità di non interferire con le libere associazioni del paziente che, altrimenti avrebbero potuto essere deviate, influenzate, se non addirittura manipolate più o meno consapevolmente da un atteggiamento partecipativo del terapeuta, preferendo "l'oro puro dell'analisi" invece che "il rame della suggestione" (cfr. Freud, 1918). Questa prescrizione è stata via via estremizzata, radicalizzata, fino a giungere a veri e propri divieti, o, al contrario, a disporre norme rigide di comportamento dell'analista, costretto anche a non dare per scontata, e quindi a valutarne l'opportunità, neppure la possibilità di stringere la mano al paziente all'arrivo o al termine della seduta. Lo psicoanalista statunitense Donald Meltzer giunse a proporre che l'analista vestisse un abito grigio, una camicia bianca e che il suo studio fosse arredato in maniera scarna, senza nulla che potesse riportare a qualcosa di personale del terapeuta, pena la perdita della neutralità (cfr Meltzer, 1967). Meltzer suggeriva l'"analista in grigio" (*Ibidem*), una sorta di animale mitologico che spinse lo psicoanalista Pier Francesco Galli, a chiamare ironicamente siffatto analista *Mummia ridens*. La questione dell'analista in grigio rimanda all'essenza stessa della cura analitica che si svolge nell'ambito della relazione tra due persone. Per quanti sforzi si possano compiere non sarà mai possibile eliminare del tutto i rimandi, le suggestioni, le fantasie, ma ancor più la realtà, la corporeità stessa del terapeuta del processo di cura. Sforzi inutili, peraltro, perché la cura è relazione e in una relazione ciascuno porta se stesso. L'etimologia di 'relazione' indica il processo relazionale: l'etimo latino *refero*, vuol dire, appunto 'portare', con il prefisso rafforzativo *re-*. Così come nel primo assioma della comunicazione Watzlavick afferma che "comunque ci si sforzi, non si può non comunicare" (Watzlawick *et al.*, 1978: 41) si può affermare che non è possibile non relazionarsi con un'altra persona in un incontro. Come scrive Natoli,

> L'uomo è un animale ben strano, praticamente indefinibile, diversamente da ogni altra cosa, non è una 'sostanza', almeno nel modo con cui sono sostanze tutte le cose non umane che lo circondano. L'uomo è un rapporto, un rapporto-protagonista, protagonista di rapporti, un rapporto che consolida la sua individualità proprio con l'accentuare la sua capacità di porsi in rapporto (Natoli *et al.*, 2009: 47).

L'analisi è un processo che richiede il rapporto, e la cura di questo, tra le due persone, il paziente e il terapeuta, che sono in reciproco scambio pur in una posizione di asimmetria di ruoli e di reciprocità sul piano umano. Sergio Erba (1935-2016), psicoanalista fondatore de 'il Ruolo Terapeutico', afferma che l'unica cosa che distingue il terapeuta dal paziente è soltanto il suo ruolo. Questo vertice di osservazione, per molti versi rivoluzionario nel panorama psicoanalitico italiano, pone la questione della cura su un piano etico, perché guarda alla persona, spostandolo dai tecnicismi e dall'esigenza largamente condivisa nell'attuale società occidentale di raggiungere a tutti i costi l'obiettivo illusorio della scomparsa del sintomo. Riprendendo il

concetto espresso da Natoli e riportato poc'anzi, l'uomo, la persona, è in rapporto con un altro uomo, un'altra persona, e attraverso questo rapporto è possibile stabilire un luogo che non è solo uno spazio fisico, ma uno spazio *altro* ove è possibile accogliere e ascoltare la sofferenza del paziente in un clima di accoglienza senza giudizio e di riflettere su ciò che accade mentre accade. È questo il senso dell'*hic et nunc* nel quale è possibile svolgere il processo terapeutico. Questo spazio, idealmente diviso in due metà, è occupato, ciascuno per la sua parte, dalla persona che porta la sofferenza attraverso una domanda d'aiuto (paziente) e la persona che accoglie proprio quella persona attraverso quella domanda (terapeuta). Lo spazio occupato dal terapeuta nel suo ruolo è uno spazio costantemente in bilico nella sua struttura, sollecitato dalle forti perturbazioni generate dal processo analitico che si svolge a sua volta all'interno del processo relazionale. Quando Jung afferma che "Ogni psicoterapeuta non ha il suo metodo è 'egli stesso quel metodo'" (cfr. Jung, 1981), centra la vera natura della psicoterapia che si snoda nel rapporto relazionale. Il terapeuta è una persona, tanto quanto lo è il paziente. Il termine latino *persona*, contrapposto a quello di *homo* per i latini e di *antropos* per i greci, indica l'individualità umana contrapposta alla naturalità biologica dell'essere: la persona è dunque singolarità e individualità. Ogni individuo, dunque, è irripetibile, unico, esclusivo, singolare appunto. Singolare è la voce, singolari sono le impronte digitali, singolare è il disegno dell'iride, singolare il modo di pensare se stessi e la propria visione del mondo. Ogni persona racchiude in sé elementi spirituali e immateriali che sfuggono a qualsiasi tentativo di oggettivazione. Ogni essere umano è biologicamente uguale all'altro e perciò oggettivabile. Se una persona è ammalata di cuore o di reni, sostanzialmente non cambia la sua cura se è maschio o femmina, giovane o anziano, bianco o di colore, e così via. La persona, invece, è una e irripetibile e non è la somma di tutte le sue parti e di tutti i suoi organi: il tutto è più della somma delle singole parti, come afferma la psicologia della Gestalt. Se nessun uomo è indispensabile, come recita il buon senso comune, nessuna persona, però, può essere sostituibile, perché insostituibile è la sua singolarità. Ognuno di noi ha una capacità di stare al mondo tutta sua e a ognuno di noi è dato il faticoso compito di essere al mondo in un modo nostro e vero. Impegno faticoso:

> Perché non solo ci troviamo gettati nel mondo, come possono esserlo le cose, ma a differenza degli altri esseri viventi che si portano appresso la forma del loro divenire, noi siamo abbandonati al compito di inventarci la forma del proprio esserci (Mortari, 2015: 538).

Questa affermazione della Mortari ben si addice alla riflessione sulla ricerca faticosa e dolorosa di se stessi, della propria realizzazione e della possibilità di raggiungere una condizione di vita vera e soddisfacente. Molti in questa ricerca si perdono, perdono se stessi, non vedono o non raggiungono la meta, affondano nella disperazione e nel dolore che ritengono essere senza uscita. In questo la psicoterapia, se è una psicoterapia

che pone al centro del processo di cura la persona nel suo sforzo di farsi, se evita categorizzazioni e tecnicismi, se si esprime attraverso gli strumenti della comprensione e dell'accoglimento, se si sottrae alla seduzione del potere esercitato attraverso l'illusorietà della presupposta competenza del terapeuta sul paziente, se è declinata nell'attenzione a cogliere le delicate sfumature della speranza di salute anche nelle situazioni di più profondo disagio, se rinuncia a esprimere diagnosi classificatorie a cui seguono prognosi in stile bio-medico, allora la psicoterapia può costituire la leva sulla quale fare forza per raggiungere quella libertà interiore da cui partire per raggiungere il ben-essere, per inventare la forma del proprio essere. Terapeuta e paziente, sono ontologicamente accomunati da questa origine e pertanto sono come due passeggeri nella stessa barca, sospinti dalle stesse correnti, soggetti alla variabilità dei venti, ai tumulti delle onde, alle tempeste o alla calma piatta della bonaccia. La differenza sostanziale senza la quale non potrebbe essere messo in atto il processo terapeutico è costituita dai differenti ruoli. La funzione terapeutica è insita nel ruolo stesso del terapeuta. Il terapeuta, nell'esercitare il suo ruolo, si colloca in una posizione di autorità rispetto al paziente rendendo asimmetrica la relazione. Il termine 'autorità' spesso non è compreso nella sua accezione più vera e il suo esercizio visto con sospetto e osteggiato. Niente di tutto questo è insito nell'originario significato di autorità che deriva dal latino *auctoritas*, a sua volta derivante dal verbo *augeo*: aumentare, accrescere. L'espressione *aliquem augere* vuol dire 'elevare qualcuno'. Il senso della funzione terapeutica di autorità è proprio quello di aiutare qualcuno a crescere, a elevarsi, a cercare la propria strada verso il benessere, la salute, la realizzazione di sé (cfr. Erba, 1995). La psicoterapia vista da questo vertice si avvicina alla funzione genitoriale. Genitore è chi, in posizione asimmetrica rispetto ai figli, assume su di sé, nei confronti di questi, l'impegno di proteggerli e di aiutarli a crescere e a realizzarsi. Analogamente il terapeuta si pone nella funzione di autorità, accrescitiva, rispetto al suo paziente. Il terapeuta deve autorizzare se stesso a stare in quel ruolo, deve introiettare attraverso la formazione il ruolo, le funzioni e gli attributi che a quel ruolo sono collegati. Anche quello del terapeuta, tanto quanto quello del paziente, è un percorso di crescita interiore che non si compie con il conseguimento di un titolo di specializzazione, ma che, invece, mette in movimento tutte le forze interiori di chi ha a cuore il benessere e la salute dell'altro che ne fa richiesta attraverso la domanda d'aiuto. A questo proposito Erba scrive:

> Il posto del terapeuta è il posto dell'adultità, della responsabilità, della capacità, dell'autorità, è il posto dell'oblatività. Questi attributi, chiamiamoli così, del ruolo del terapeuta hanno, in termini generali, una loro oggettività (*Ibidem*).

Essere terapeuta, dunque, richiede la continua attenzione a se stessi nel divenire continuo del proprio mondo interno, della propria spiritualità, del proprio essere persona. Proprio la dimensione spirituale, trascenden-

te, dell'uomo è fondamentale in una prospettiva etica della psicoterapia. A questo proposito S. Erba *et al*. scrivono: "Sottovalutando l'importanza della filosofia e della religione, Freud ha favorito una visione parziale dell'uomo. Ha privato l'uomo di ogni contenuto ontologico, considerando oggettivabile ogni sua espressione" (Erba *et al*., 2014: 13). Una persona che chiede aiuto va incontrata nella sua singolarità, interrogando il senso della sua domanda, invece di rispondere alla domanda soddisfacendo, semmai, un bisogno immediato ma tralasciando il senso vero della domanda e con esso la persona che la esprime. Per essere in grado di compiere questo passaggio, il terapeuta, persona ontologicamente mancante e quindi necessitante di cura a sua volta, deve farsi carico, con responsabilità, della sua personale ferita e prendersene cura. L'analisi personale, attraverso cui conoscersi e prendersi cura di sé e della propria sofferenza, è uno degli strumenti a disposizione del terapeuta ma non è così scontato che sia utilizzato o che sia utilizzato proficuamente. Il terapeuta ha l'obbligo morale e la responsabilità di conoscersi e di ri-conoscere le proprie zone d'ombra, le proprie disfunzionalità in modo da distinguerle da quelle del paziente, non colludere con le disfunzionalità e le ferite di quest'ultimo o, viceversa, di opporvisi, rifiutandole o giudicandole. La formazione, dunque, non può prescindere dalla conoscenza di sé e non può che dirsi permanente. Il divenire dell'uomo è un divenire *in*-finito, che tende a una definizione di sé avvicinandovisi sempre di più senza però mai raggiungerla in modo conclusivo. Formazione non vuol dire analisi a vita, ma prevedere la costante osservazione nelle supervisioni di quelle situazioni che impediscono al lavoro di analisi col paziente di procedere. Tutto questo richiede tempo e attenzione, richiede cura, in altri termini. Ma cosa intendiamo quando diciamo che occorre prendersi cura di sé? Cura di sé è cura dell'anima diremo con Socrate nei dialoghi Platone; affermazione densa di risvolti e di contenuti. La cura di sé richiede disciplina, rigore e attenzione, necessita del desiderio di conoscenza che porta alla riflessione e, attraverso questa, al tendere alla libertà che rappresenta l'espressione più vera, autentica e radicale della dignità umana in una dimensione relazionale che consenta il riconoscimento dell'altro e gli dia spazio. Se aver cura è "prendersi a cuore, preoccuparsi, avere premura, dedicarsi a qualcosa" (Mortari, 2015: 14), ciò vale per il terapeuta che deve fare di sé strumento di cura. La cura, non è solo disposizione ma è anche prassi, e una prassi per essere svolta richiede strumenti. Il falegname che ha in mente l'idea del tavolo che vorrà costruire, lo immagina e ha tutta la predisposizione e il desiderio di costruirlo, dovrà dotarsi di attrezzi ben funzionanti per eseguirne la costruzione a regola d'arte. In psicoterapia lo strumento della cura è la buona, sana, relazione che s'instaura tra analista e paziente. In quella relazione, asimmetrica per definizione, il paziente giunge con il suo carico di dolore, di sofferenza, di giudizi, di inautenticità, di sensi di colpa, incastrato in dinamiche antiche che non sa riconoscere. Nella relazione *di* cura, vi è una relazione *che* cura, e la parte consapevole competente di sé, non dell'altro, è costituita dal terapeuta che si farà strumento di salute in quel campo relazionale. Da qui

la necessità essenziale al buon fine della terapia, di avere uno strumento, il terapeuta, 'ben temperato'[1]. Tutto questo si configura come un vero e proprio atto politico, in controtendenza con ciò che avviene nella società occidentale contemporanea, dove le leggi del mercato cosiddetto globale che impongono celerità e uso di strumenti efficienti ed efficaci nel raggiungere obiettivi e risultati attesi, sono prevalenti anche nei contesti di cura. Come afferma Barcellona, "l'atto fondamentale degli esseri umani dell'Occidente è diventato il consumo, immediato, continuo, ripetuto che è la rappresentazione di thanatos sulla vita" (Barcellona, 2009: 53). La stessa medicina, che un tempo includeva anche il sapere filosofico ormai "ha cessato di essere una scienza dell'uomo, per essere una confederazione di tecniche" (cfr. Cosmacini, 2015). Prendersi cura di sé significa anche pensare, riflettere e attraverso l'analisi personale e l'introspezione incontrarsi e incontrare i propri limiti, le proprie difficoltà, la propria umanità. Purtroppo però si è smesso di pensare:

> Il pensiero è esattamente il confronto con l'ignoto, è trasformare in pensabile ciò che non conosciamo […]. In questa società che misconosce la rilevanza dell'enigma non si può pensare (Barcellona, 2009: 56).

La mente degli uomini occidentali non è mai libera, è ingombra di surrogati che sono continuamente somministrati e accessibili senza limiti, né filtri. Le '*chat*' sono surrogati delle chiacchiere fra buoni amici, le notizie sulla rete o sui 'social network', sono surrogati delle storie, delle narrazioni, della corretta e plurale informazione, e così via elencando. Il filosofo Roberto Mancini afferma:

> Mentre i filosofi antichi impostavano la loro esistenza come una "vita pensata", ricca di riflessione e consapevolezza, oggi la cura del pensiero non è una pratica diffusa nelle famiglie, nella scuola. Il pensiero viene anzi bloccato, trascurato o ridotto a strategia e interazione con i media. Questa pigrizia intellettuale produce una certa povertà di linguaggio e un'accettazione dell'immagine mediatica del mondo con la conseguente perdita del senso della realtà concreta (cfr. Mancini & Massarenti, 2013).

Viviamo in un'epoca in cui l'idea diffusa delle persone è che, sia tutto lecito e tutto possibile. Il limite tra ciò che è lecito e ciò che non lo è, è diventato sottile e poco percepibile. A una visione di gruppo e di condivisione, a un'idea di bene comune, si è sostituita l'idea del bene proprio e del proprio utile rendendo molto difficile, se non impossibile, la solidarietà e l'amore verso l'altro che è vicino a noi, l'amore e la solidarietà verso il prossimo (cfr. Zoja, 2009). Purtroppo questa impostazione del vivere ha pervasivamente raggiunto ogni strato della società, ogni individuo. Se

1 Il temperamento è un sistema di accordatura. Nel '700 era definito buon temperamento ogni sistema di accordatura che permettesse di suonare in tutte le tonalità.

così è, perché i terapeuti dovrebbero esserne immuni? Come formatore ho modo di osservare quanta fatica fanno i giovani terapeuti (ma non solo i giovani) per venir fuori dalle secche della società che ha fatto del liberismo il suo vangelo. Il terapeuta è, dunque, persona consapevole di sé, del mondo in cui vive, capace di riconoscere le proprie mancanze e i propri limiti e le proprie capacità, esercitare la libertà di un pensiero che libera dalle autoreferenzialità e permette di riconoscere l'altro nella sua singolarità e nello sforzo del suo esserci al mondo. Essere terapeuta vuol dire non solo

> la presa in carico dei suoi bisogni e della sua fragilità, ma anche il riconoscimento della fragilità costitutiva del soggetto stesso; del suo essere connotato da una condizione di mancanza e di dipendenza che lo espone costitutivamente al bisogno di cura (Pulcini, 2013: 85-102).

3. Il ruolo della cura

Il sostantivo *cura* ha un significato molto ampio. Infatti il termine sta a indicare sia una preoccupazione, un affanno, ma indica anche un pensiero attento e costante per qualcuno o qualcosa; indica il lavoro fatto con perizia e impegno il che comporta a sua volta proprio affanno e preoccupazione. La parola cura riporta al significato di accuratezza, esattezza, diligenza, zelo, precisione e premurosa attenzione, e solo in ultimo sta a indicare l'insieme dei rimedi prescritti per guarire una malattia. Anche la parola 'curiosità' deriva dalla stessa radice, riportando il senso del lemma all'idea di attenzione con estrema sollecitudine a qualcuno o qualcosa. Anche le parole 'sicuro' e 'sicurezza', contengono la parola 'cura'. Paradossalmente ciò che è sicuro è *sine cura (si[ne]cura)*, quindi senza affanno, senza preoccupazione. L'etimologia della parola cura risale a un'antica radice KU = KAU, KAV che indica l'osservare, il guardare o, in alternativa, da una radice sanscrita KAVI = assennato, saggio, da cui deriva il latino *cavére* il cui participio passato *cautus* vuol dire 'stare in guardia'. Un'interessante e suggestiva paraetimologia riporta il termine cura alle parole latine *coéra* e *coìra* da far risalire a loro volta a *cor* = cuore. Ne deriverebbe l'espressione "*quia cor urat*" = perché scalda e cioè "stimola il cuore e lo riscalda" (cfr. Meldi, 2004). Completamente diverso l'etimo della parola 'terapia'; essa trae origine dalla parola greca *therapeia*, dal verbo *therapèuo* che significa 'assisto' ma anche 'guarisco' (*Ibidem*). Ne consegue che il terapeuta, *therapeutés,* in greco antico, è la persona che 'assiste', che 'guarisce'. Il senso di questo termine avvicina la figura del terapeuta a quella del 'guaritore', ma anche a quella di chi assiste qualcuno che versa in condizione di bisogno in una funzione di servizio. L'essere umano è l'essere vivente tra i più indifesi della terra non possedendo artigli, zanne, veleni da inoculare, non essendo capace di mimetizzarsi, non avendo la capacità di correre molto in fretta né è capace di lottare o di arrampicarsi velocemente sulle cime degli alberi. Il vantaggio dell'uomo sulle altre specie animali è costituito dalla sua

intelligenza, dalla sua capacità di piegare la natura al suo volere, dalla sua capacità di esprimere un pensiero, dalla possibilità di creare, da ciò che ha intorno, strumenti raffinati. Fin dal Paleolitico l'uomo ha prodotto strumenti per rendersi la vita meno difficile e per potersi difendere e a produrre tecnologia. Certo, si trattava di semplici pietre scheggiate, ma con quelle pietre i nostri antenati tagliavano la carne delle prede, confezionavano ami da pesca e arpioni, costruivano punte per lance che così diventavano più efficaci sia se usate per catturare animali, sia per difendersi. Quegli uomini lasciarono testimonianze del loro pensiero simbolico come dimostrano oggetti quali la Venere di Willendorf, o i graffiti della Grotta di Lascaux. In quello stesso periodo i nostri progenitori iniziavano a seppellire i morti con una pratica ricca di significati simbolici e fortemente ritualizzata. Ciò dimostra che l'uomo fin dal suo esordio sulla scena del mondo, fosse un essere sociale, cooperante e collaborante e che, unico fra tutte le specie viventi, avesse la consapevolezza della morte, e quindi della sua finitezza e della sua impotenza. Finitezza e impotenza che i nostri progenitori, non vollero accettare e di fronte al mistero della morte ipotizzarono che la vita non potesse finire con la presenza terrestre, ma che dovesse proseguire in un al di là. Non solo la morte ma la stessa fragilità umana è entrata a far parte delle antiche narrazioni mitologiche come quella del mito latino di Cura riportato da Caio Giulio Igino, nella raccolta "*Fabulae*" (Igino, 2000: 136). Un mito marginale, che racconta della creazione dell'uomo, a partire dal fango (*humus*). Questo mito è stato ripreso da Heidegger quando analizzerà il tema della 'Cura' in *Sein und Zeit* (Essere e Tempo). Dal mito si deduce come sia profondamente radicata nell'esperienza umana il senso della propria origine, della propria vita incerta e transitoria e del proprio bisogno costante di cura. Il mito di Cura esprime bene anche la debolezza insita nell'umano che, non può sfuggire alla legge della Natura. L'uomo abbandonato a se stesso fa fatica a sopravvivere se adulto ed è destinato a perire se bambino e fin dal momento della nascita richiede cura. Necessità che non verrà mai meno nel corso di tutta la sua esistenza. Anche quando, ormai adulto, avrà imparato a prendersi cura di se stesso, non sarà mai completamente immune dalla necessità che qualcuno si prenda cura di lui. Molte sono le forme di cura, ma ognuna converge verso un unico alveo: la cura dell'uomo. Cura intesa come l'occuparsi di qualcuno nei confronti di un altro che versa in condizioni di bisogno o di difficoltà ma anche, cura intesa come attenzione, cura come ascolto, presenza, vicinanza. Cura come centralità della vita di ciascun uomo, neonato, infante, giovane, adulto o vecchio che sia. Centralità della cura nell'esistenza umana, centralità dell'uomo nell'esercitare la cura. La domanda di cura e la necessità di riceverne è sempre presente dentro di noi. Anche se non lo riconosciamo a noi stessi tale bisogno è connaturato alla nostra stessa essenza umana, in quanto essenza mancante, ma se la necessità della cura deriva direttamente dalla nostra debolezza ontologica, non altrettanto scontata è la possibilità di riceverne. Non mi riferisco qui al ben noto concetto della 'ferita primaria' esaustivamente trattato da Sergio Erba (2008: 7-20), ma mi riferisco

piuttosto agli effetti che questa ferita hanno come ricaduta nella possibilità di chiedere aiuto, ma anche di offrirne. Lo sgretolamento del senso di solidarietà in una società mercantile, attenta soprattutto al risultato dell'agire della persona, che passa dall'esercizio dell'altruismo a quello dell'individualismo, rende difficile chiedere, definire, offrire una cura. Persone che curano (terapeuti) e persone che soffrono (pazienti) sono assoggettate dallo stesso comune denominatore che è il momento sociale e culturale che tutti stiamo vivendo. Sia i terapeuti sia i pazienti, possono smarrirsi gli uni nel credere che la cura corrisponda al raggiungimento di una meta per la vita del paziente e quest'ultimo pensare che la cura serva proprio a raggiungere tale meta. Mi aiuterò, nel mio argomentare presentando un paio di frammenti clinici. Questo che segue è il primo.

Cristina è una donna di poco meno di quarant'anni, intelligente e colta. Nella sua vita ha già fatto altre due psicoterapie. L'ultima ha deciso di interromperla dopo quattro anni dall'inizio. Mi chiede un appuntamento perché vuole intraprendere un'altra tranche di analisi dichiarando però, che ormai le è tutto chiaro, che conosce bene se stessa e che dopo tanto lavoro non sente di aver bisogno di molto altro. Vuole però risolvere un problema: quello di trovare un uomo con cui sposarsi, mettere su famiglia e avere dei figli. Pone anche un limite di tempo entro il quale risolvere il suo 'problema': sei mesi, forse un anno, ma di certo non più di un anno e mezzo.

Cosa dire a Cristina? Sembra strano che dopo altre due esperienza di psicoterapia questa donna, che pure afferma di conoscere se stessa, sembra non aver compreso il senso profondo, vero, della terapia. Questo caso mi fa pensare a come una persona che soffre focalizzi la sua attenzione non nel chiedersi dove nasce l'origine del suo disagio, del suo disadattamento, della sua sofferenza, ma si ferma alle conseguenze di tutto ciò. Come potrò prendermi cura di Cristina? Se cura è ascolto, presenza, attenzione, la giovane donna che ho di fronte dovrà sperimentare tutto questo. La cura ha bisogno di tempo, non un tempo prefissato da limiti arbitrari o dai limiti della biologia. Cristina si riferisce proprio a quest'ultima barriera per giustificare l'urgenza di risolvere 'il problema'. A quarant'anni, e Cristina vi è prossima, le possibilità di una maternità non solo si riducono, ma aumentano i rischi sia per la mamma sia per il bambino che ha anche probabilità maggiori di nascere con gravi sindromi genetiche. La cura ha bisogno di tempo e non si può costringere, ridurre, delimitare *a priori* in un contenitore temporale rigido. Qui mi viene in mente il racconto della toccante esperienza di un'infermiera riportato da Luigina Mortari in un suo articolo che esprime bene il concetto di tempo nella cura:

> Un pomeriggio, avendo notato che il cerotto era posizionato scorrettamente, le ho detto: 'Mi dispiace signora ma dovrò rifarle la medicazione'. Lei: 'No, non toccarmi, ti prego! Mi fa troppo male'. Urlava in maniera spaventosa. È stato duro dire: 'Mi dispiace ma devo proprio fargliela, deve resistere … per il suo bene'. Sapevo benissimo di farle male e lo sapeva anche lei ma era l'unica soluzione, non potevo lasciarla così, sarebbe stata sempre peggio. La lesione

> era grande … ho cercato in tutti i modi di trovare una soluzione adatta a lei per tirarla via. Alla fine ho pensato che una soluzione poteva essere l'olio di fegato di merluzzo, l'ho procurato e con quello ho cercato di staccarla non un centimetro, non mezzo, ma un millimetro alla volta … sono stata in stanza più di un'ora e mezza per farle la medicazione (Mortari, 2013: 15-33).

Ecco, l'infermiera è stata più di un'ora e mezza nella stanza con la sua paziente per farle la medicazione, per prendersene cura. Prendersi cura di qualcuno che soffre vuol dire porre attenzione alle tante sfumature del dolore che siamo chiamati ad affrontare, non si può essere superficiali, non si può indurre l'altro a scelte che non sente sue, non si può condurre una relazione non avendo a cuore l'altro attraverso quei sentimenti di compassione e di generosità che non possono essere disgiunti dall'azione di cura. La centralità della cura sta proprio nell'importanza del riconoscere un dolore che si esprime anche attraverso la proposizione di un sintomo fisico, e di rispettarlo cercandone il senso. Senso del dolore ma anche senso della cura. Il senso della cura non sta nel rispondere alla domanda così come c'è posta, ma nel cercare di comprendere quella domanda e le radici che la determinano e che la determinano proprio in quel modo. Da oltre Atlantico abbiamo importato le cosiddette terapie brevi. Queste pratiche terapeutiche sono perfettamente in linea con le attese del mercato nella nostra società. Conciliano sia le esigenze di chi deve pagare il ciclo di terapia (di solito le assicurazioni che non hanno alcuna intenzione di sostenere i costi di terapie che durino nel tempo) e le urgenze di chi chiede queste modalità terapeutiche, perché ritiene che così fa in fretta a risolvere i propri problemi. Quello che segue è il secondo frammento clinico, che, spero sia esplicativo del concetto appena espresso.

Tempo fa ricevetti una donna che chiamerò Fiamma, accompagnata dal marito. Lei stanca e spaventata, il marito con fare un po' spavaldo e un tantino infastidito. Fiamma mi raccontò con un tono di voce distaccato, come se stesse raccontando di qualcun'altra, la sua dolorosa storia. Sposata da circa sette anni, desiderosa di avere un figlio, non potendone avere perché affetta da dispareunia[2], si era rivolta insieme col marito, su consiglio di una psicologa del suo paese a un importante centro di Roma. Lì Fiamma aveva cominciato una terapia breve con una psicoterapeuta specializzata in tale metodo. Dopo poche sedute la terapeuta la presentò a una ginecologa dello stesso centro che lavorava nello stesso studio. Da quel momento la terapia si sarebbe svolta su due binari: prima la seduta dalla terapeuta, poi la seduta dalla ginecologa. Quest'ultima avrebbe dovuto infilare nella vagina di Fiamma dei dilatatori di calibro via via più grande aumentando la grandezza a ogni successiva seduta, in modo da creare un condizionamento a trattenere l'oggetto in vagina senza provare dolore. Durante l'introduzione del dilatatore la paziente avrebbe dovuto tener presente i suggerimenti e gli esercizi imparati durante la seduta con la terapeuta. Alla

2 Dispareunia: dolore che la donna avverte durante un rapporto sessuale nell'area vaginale e/o pelvica.

fine di tutto il ciclo, Fiamma riuscì a trattenere in vagina senza provare dolore il dilatatore di calibro maggiore, per cui la terapia fu dichiarata conclusa e lo scopo raggiunto. Da lì a pochissimo tempo Fiamma riuscì ad avere un rapporto sessuale col marito e rimase incinta. Tuttavia già pochi giorni dall'inizio della gravidanza la donna cominciò ad avvertire un'ansia crescente che le rendeva difficile eseguire le normali attività quotidiane. Dopo qualche settimana l'ansia andò peggiorando costringendo Fiamma a richiedere la costante presenza della madre in casa. Da lì a poco i sintomi ansiosi peggiorarono ulteriormente al punto da non poter uscire da casa senza essere accompagnata nemmeno per semplici commissioni. Qualche settimana prima che Fiamma e il marito mi consultassero l'ansia si era ulteriormente trasformata in vera e propria fobia, esigendo, per poterla placare almeno un po', la presenza continua, quotidiana, di giorno e di notte del marito costretto, per questo, a prendere un periodo di aspettativa al lavoro. Ascoltai il racconto impersonale di Fiamma mentre non potevo non pensare, sin dalle sue prime parole, che mi stesse narrando di una violenza subita. Una violenza, per giunta, alla quale si era volontariamente sottoposta. Pensai alla quantità e alla densità dei simboli racchiusi nelle fantasie inconsce di quella giovane donna. Pensai al sintomo iniziale: la dispareunia, e al senso del rifiuto dell'essere penetrata da un uomo (o dal marito?), pensai al senso e al valore della maternità e alla maternità cercata a tutti i costi, al desiderio ma anche alle paure collegate al diventare madre e ancor prima all'essere incinta. Pensai alle trasformazioni del corpo, alle responsabilità legate al diventare madre, e ancora una volta alla persona nuova che si sarebbe dovuta rimettere profondamente in gioco nella relazione col bambino appena nato a cominciare dall'allattamento al seno. Pensai alla cura che Fiamma avrebbe dovuto dare al proprio bambino, ma anche alla cura di cui lei stessa avrebbe avuto bisogno: voleva accanto a se la mamma, come quando era bambina, forse. Voleva accanto a sé il marito per condividere il carico, il peso di quello che (le) stava accadendo, forse. Pensai alle pressioni sociali e culturali e ai condizionamenti che Fiamma aveva subito, in maniera esplicita e palese o in maniera implicita e nascosta. Questi pensieri attraversarono veloci la mia mente, mentre guardavo il volto inespressivo di Fiamma, lasciandomi un senso di pesantezza e di impotenza. La domanda apparente della donna incinta seduta di fronte a me con accanto il marito silenzioso ma che mostrava segni di fastidio, era chiara: voleva guarire dall'ansia. All'improvviso il marito, sembrò risvegliarsi e rafforzò la richiesta, rilevando come fosse urgente che la moglie guarisse, non potendo più prendere lui altri periodi di assenza dal lavoro. Provai a spiegare loro come non si trattasse di un'operazione che poteva avere come risultato la guarigione dal sintomo, d'altra parte anche la volta precedente Fiamma era guarita dal suo sintomo, quello di non riuscire ad avere un rapporto sessuale. Questa volta sarebbe stato necessario prendersi cura di una persona che stava soffrendo e stava esprimendo in quella maniera la sua sofferenza che veniva da lontano. Provai a suggerire un lavoro attento e delicato e certamente non sbrigativo. Alle mie parole non ci fu risposta.

Passato un minuto di silenzio o poco più, chiesi a Fiamma, cercando i suoi occhi spenti, come immaginasse il momento del parto, come immaginasse il suo bambino. La giovane donna rimase ancora in silenzio poi, con gli occhi sbarrati da un'espressione che mi sembrò di interpretare come autentico terrore, disse con voce quasi metallica: Non lo immagino!. Quel primo colloquio ebbe termine e non seppi più nulla di Fiamma.

Il caso che ho riportato mi sembra condensi abbastanza bene ciò che intendo dire a proposito di cura. Ovviamente qui sto parlando di quella particolare cura che è il processo analitico. Cura che troppe volte prescinde dal riconoscere il paziente come persona che soffre. Spesso il terapeuta è convinto che la terapia dovrà giungere a un obiettivo concreto, che il paziente dovrà guarire dal suo sintomo, e che lo farà perché lui, il terapeuta, sarà bravo a interpretare e a spiegargli il funzionamento del suo stesso inconscio. Ma tutto questo cosa ha a che fare con la cura? Ritengo che curare sia soprattutto incontrare e accogliere la sofferenza, ma non basta solo accogliere e ascoltare, occorre farlo in maniera etica. La parola 'etica', dal greco antico *ethiké,* indica qualcosa legato al costume, al comportamento ma anche azione consapevole collegata al bene. Non un bene astratto ma un bene legato all'agire e quindi alla cura, che, come detto, non è solo un'intenzione ma anche una prassi. La parola *etica* porta con sé il significato di usanza, comportamento, e, anche se oggi il comportamento etico sembra essere diventato rarità, non si è mai separato dal significato di agire vicino a un corpo vivente. In questo senso la cura è un atteggiamento, che accomuna sia il terapeuta sia il paziente. Entrambi condividono questa tensione, entrambi vivono il rapporto terapeutico come qualcosa d'impegnativo cui avvicinarsi con intensità e passione. Con un gioco di parole posso dire che la cura dev'essere svolta con cura. In questo concetto di cura etica va a giusta ragione inserito il concetto di responsabilità del terapeuta. Responsabilità intesa non come 'farsi carico di…' o 'rispondere a…', ma nel senso più profondo e relazionale di 'rispondere di'. Cura vuol dire attenzione a se stessi e attenzione a ciò che ci è intorno, vuol dire sapersi mettere in relazione con colui o colei di cui ci prendiamo cura. Il risultato della cura non produce oggetti, non produce cose concrete, non reifica aspetti astratti, non produce nulla di durevole che possa poi consumarsi, non produce nulla di visibile. La cura, il lavoro di cura, produce invece, mutamenti nelle relazioni, mutamenti nel pensiero, mutamenti nel vivere le emozioni. È proprio la relazione la matrice dalla quale si genera la cura.

4. L'analisi come cura autentica

Il modo in cui il lavoro di analisi si declina autenticamente come cura dovrebbe costituire l'attenzione costante sia di chi svolge il compito di formatore, sia, responsabilmente, di ciascun terapeuta. Se la psicoanalisi nasce come "un metodo terapeutico per il trattamento dei disturbi nevrotici" (cfr. Freud, 1922), essa è generata nel grembo della medicina oggettivante che

iniziava ad affermarsi con forza alla fine dell'Ottocento. Viceversa mettere al centro della terapia la relazione fra due persone, il terapeuta e il paziente, elegge il processo analitico a cura autentica della persona sofferente. Autentiche sono le persone coinvolte nella relazione, autentiche sono le emozioni che esprimono. Qui però il percorso di riflessione sull'autenticità dell'analisi si fa incerto e non facile perché va a toccare la specifica soggettività dell'analista che vi è coinvolto. La stessa *Weltanschauung* del terapeuta-persona è messa in gioco nella relazione di cura. Non è possibile ignorarla, proprio in una prospettiva etica del lavoro che è condotto col paziente. Il terapeuta svolge il suo mestiere attingendo a un insieme di elementi spirituali che attengono pienamente al suo essere. Ci si può prendere cura della sofferenza di qualcuno se non si pensa in maniera altruistica, affettiva, oblativa? Se non si riconosce all'altro il diritto a essere libero e a scegliere per se stesso la vita migliore? No, se osserviamo l'altro in quanto persona, soggetto e non oggetto. A sua volta il paziente si sente oggetto della cura, ponendosi in maniera passiva, aspettandosi la soluzione ai suoi problemi, investendo di attese magiche e taumaturgiche il terapeuta costantemente esposto alla seduzione di tale investimento e al tentativo di trarre gratificazione narcisistica dalla fantasia onnipotente di guarire il suo paziente. Oltre a questo il paziente, pur sofferente per il suo dolore esistenziale non risolto, chiederà quella soluzione rapida e magica, proponendo la sua sofferenza solo come una fugace rottura di un equilibrio che stenta a ritrovare la sua stabilità. Difficile rinunciare all'illusione di essere autosufficienti e di non aver bisogno di nessuno, difficile accettare di poter chiedere aiuto a qualcuno quando si è vissuta una vita nell'inautenticità, difficile perciò potersi fidare e affidare. Nella storia personale di ognuno c'è la traccia della cocente delusione di antiche richieste d'aiuto disattese o rifiutate oppure strumentalizzate per poter barattare quell'aiuto, quella cura, con qualcosa da ottenere in cambio. Qualcosa di molto oneroso, magari l'adattarsi a scelte o a modi di vita di cui si sarebbe fatto volentieri a meno. Chiedere aiuto, dunque, abbandonare il mito dell'autosufficienza costituisce ostacolo duro da superare sin dall'inizio della terapia. Sull'altro versante la richiesta di cura passiva e supina, nell'eccesso di dipendenza, tende a sollecitare le corde più profonde dell'oblatività, del sacrificio, di chi si prende cura, così come si farebbe con un bambino piccolo. Riconoscere, dalla posizione di terapeuta, la propria tendenza a un fare interventistico pur di alleviare il dolore dell'altro, magari senza nemmeno attendere una domanda ma proponendo già una risposta (la propria!), fa parte della cura di sé, sempre inscindibile dalla cura dell'altro. Ogni qualvolta ci si prende cura dell'altro che si presenta a noi nelle modalità rifiutanti o al contrario totalmente passive cui accennavo prima, occorre rimanere attenti a riportare il paziente alla responsabilità della ricerca di salute. Alle sue scelte, all'osservazione del proprio mondo interiore e alla propria modalità di relazionarsi.

Se riconosco nella vulnerabilità dell'altro la mia vulnerabilità, non in un rispecchiamento tanto compiacente quanto paralizzante, posso essere motivato a prendermi cura di chi mi chiede aiuto perché lo riconosco mio

simile e come me capace di salute. Tutto questo è presente nell'archetipo del guaritore ferito, presente nel mito greco di Chirone ma anche nella metafora di Aldo Carotenuto della ferita (del terapeuta) che diventa feritoia attraverso cui guardare la ferita dell'altro (cfr. Carotenuto, 1998). Elena Pulcini citando Eva Kittay scrive:

> Il soggetto vulnerabile è quello capace di cura in quanto si riconosce a sua volta come bisognoso di cura ed è spinto da quella che ho proposto di chiamare una passione per l'altro (Pulcini, 2013: 93).

Proprio in questo riconoscimento della propria e dell'altrui vulnerabilità che è possibile mettere in funzione il motore della cura che non può essere altro che l'amore. Amore autentico e disinteressato, amore come *agapé*, ma anche come *eros*. Questo non vuol dire cercare e lasciarsi andare ad amplessi con i propri pazienti infrangendo la regola dell'astinenza in pesanti e devastanti agiti e violazioni incestuali del setting (cfr. Gabbard & Lester, 1999), ma vuol dire potersi spingere nella relazione terapeutica attraversando le algide barriere dell'oggettivazione del paziente, passando dal *to cure* dello *iatròs* al *to care* del *therapeutés*. Relazione erotica non vuol dire relazione sessualizzata, vuol dire passione per l'altro, vuol dire incuriosirsi all'altro, vuol dire riconoscere l'unicità e irripetibilità della storia di ognuno, vuol dire abbracciare l'altro sofferente, nella sua sofferenza, pur continuando a darsi del lei. Non si può giungere a realizzare tutto questo se non attraverso un'attenta riflessione e una costante ricerca di sé, attraverso la responsabilità della cura di sé nella formazione alla relazione terapeutica che conduce a essere un terapeuta ben temperato. Questo processo *in*-finito di formazione coinvolge tutti i registri, i toni e i semitoni affettivi – come nel clavicembalo ben temperato bachiano – del terapeuta che si pone di fronte all'altro in modo autentico. Il terapeuta che riconosce nell'altro un essere spirituale, oltre che corporeo, da incontrare. Il terapeuta che ha in sé la ferma convinzione nelle possibilità di crescita, autenticità, libertà, salute dell'altro e che si adopererà, motore immobile nella relazione terapeutica, a far sì che la scintilla di vita, di salute appunto, presente anche nella persona più sofferente che si possa presentare alla sua porta, proprio per il fatto di essere stata capace di chiedere aiuto, rinunciando all'illusione dell'Io sovrano e autosufficiente, rinunciando a continuare a coltivare il suo falso sé, riuscirà a far sì che quella scintilla accenda un incendio, un incendio di vita. Può essere pericoloso tutto questo? Sì, se la cura non è eticamente vera, autentica. Sì se il terapeuta si illude di curare e non di prendersi cura dell'altro, senza prendersi cura di sé. E questo lo sapeva bene anche Freud:

> Lo psicoanalista sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienziosità del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico l'uso delle sostanze esplosive che gli sono necessarie per l'opera sua, a cagione della loro pericolosità? (Freud, 1914: 87-88).

Bibliografia

Barcellona, P. (2009), *L'Oracolo di Delfi e l'isola delle capre. Le conversazioni greche del Ruolo Terapeutico*, Milano: Marietti 1820.
Carotenuto, A. (1998), *Lettera aperta a un apprendista stregone*, Milano: Bompiani.
Cosmacini, G. (2015), *Medicina e rivoluzione*, Milano: Raffaello Cortina.
Erba, S. (1995), *Domanda e Risposta. Per un'etica e una politica della psicoanalisi*, Milano: FrancoAngeli.
Id. (2008), "La ferita primaria", in *Il Ruolo Terapeutico*, n. 107, pp. 7-20.
Erba, S., Di Prima, C., Semola, E. & Serra, P. (2014), *Psicoterapia: un pensiero, un metodo, una pratica*, Milano: FrancoAngeli.
Freud, S. ([1922]1989), "Due voci di enciclopedia: Psicoanalisi" e "Teoria della libido", in *OSF*, vol. IX, Torino: Bollati Boringhieri.
Id. ([1918]1989), "Vie della terapia psicoanalitica", in *OSF*, vol. IX, Torino: Bollati Boringhieri.
Id. ([1914]1976), "Osservazioni sull'amore di traslazione", in *Tecnica della psicoanalisi*, Torino: Bollati Boringhieri.
Id. (1914), "Osservazioni sull'amore di traslazione", in OSF, vol. VII, Torino: Bollati Boringhieri.
Gabbard, G.O. & Lester, E.P. (1999), *Violazioni del setting*, Milano: Cortina.
Igino (2000), *Miti*, Milano: Adelphi.
Jung, C.G. (1981), "Pratica della psicoterapia", in Opere, vol. XVI, Torino: Bollati Boringhieri.
Mancini, R. & Massarenti, A. (2013), *Cura del pensiero*, Bentivoglio: ASMEPA.
Meldi, D. (2004), *Dizionario Etimologico della lingua italiana*, Santargcangelo di Romagna: Rusconi.
Meltzer, D. ([1967]1971), *Il processo psicoanalitico*, Roma: Armando.
Mortari, L. (2013), "Alle radici della cura", in *Thaumazein*, n. 1, pp. 11-33.
Ead. (2015), *Filosofia della cura*, Milano: Cortina.
Natoli, S., Regina, U., Franciosi, V. & Campanini, G. (2009), *Bioetica e Persona*, Fidenza (PR): Mattioli 1885.
Pulcini, E. (2013), "Cura di sé, cura dell'altro", in *Thaumazein*, n. 1, pp. 85-102.
Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1978), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio Ubaldini.
Zoja, L. (2009), *La morte del prossimo*, Milano: Einaudi.

Finito di stampare
nel mese di agosto 2018
da Digital Team - Fano (PU)