

LA CURA EDUCATIVA¹

ROBERTO FRANCHINI

DOCENTE DI PEDAGOGIA SPECIALE, UNIVERSITÀ CATTOLICA DI BRESCIA

L'ipotesi da cui muove la riflessione è che la Cura consista in quella particolare configurazione che la relazione educativa assume quando l'altro versa in una situazione di sofferenza, di disagio personale, una condizione che, sottolineando particolarmente il limite sotteso all'esistenza dell'uomo, esige che venga offerto aiuto perché il progetto di vita possa sostenersi, nonostante il fardello che lo appesantisce

Da alcuni anni a questa parte, ed in particolare in coincidenza con la pubblicazione del sistema di classificazione ICF, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sta sottolineando la centralità dell'approccio educativo nei confronti della disabilità, al punto tale da ridimensionare il valore dell'approccio clinico, ritenuto in qualche modo superato se applicato in modo rigido alla condizione dell'individuo disabile. *Treatment is education*, come affermava il grande studioso americano Schopler, di recente scomparso.

La questione diventa, tuttavia, cosa sostituire all'approccio clinico, dato che può accadere che l'educazione non riesca a rintracciare un approccio suo proprio al problema della disabilità (non smarrendosi nelle ristrettezze dell'assistenza, dell'animazione o della riabilitazione). Come si distingue la relazione educativa dal paradigma clinico e terapeutico, pur così ambiguamente familiare alla cultura contemporanea?

Non appena l'uomo in condizione di disabilità "sporge" dalla sua sventura, e ne ricerca il senso, non appena i legami tra la disabilità stessa e il progetto di vita si evidenziano nella storia di questa persona, al di là delle classificazioni, allora la conoscenza scientifica si arresta (oppure prosegue senza accorgersi della propria cecità). Allora il sapere forte della clinica lascia spazio ad un sapere debole, non fondato sull'universale ma sulla comprensione della singolarità, sull'ermeneutica della storia di questo uomo che vive: il sapere dell'educazione, o della Cura educativa.

Dentro le pieghe degli specialismi, delle tecniche e dei protocolli sanitari si avverte infatti già da tempo una nostalgia, anche non espressa, una sensazione di mancanza, un desiderio di tornare all'intero, a relazioni più ampie e

significative con la persona sofferente. Il bisogno sembra esplodere la sua semplice consistenza corporea, e nel curante si avverte l'eco di una domanda molto più estesa, in quanto originaria, esistenziale e non esistenziale, che postula non in primo luogo l'expertise tecnica, ma la responsabilità dell'uomo sull'uomo: "che cosa succederà a quell'essere, se io non mi prendo cura di lui?"²

Se la Cura riguarda l'originario relazionarsi tra uomini, animato dal principio di responsabilità, e cioè dal reciproco sostegno al progetto di vita, è evidente che le scienze dell'educazione sono chiamate ad indagare la Cura quale cifra fondamentale del suo statuto epistemologico. L'ipotesi da cui muove la riflessione è che la Cura consista in quella particolare configurazione che la relazione educativa assume quando l'altro versa in una situazione di sofferenza, di disagio personale, una condizione che, sottolineando particolarmente il limite sotteso all'esistenza dell'uomo, esige che venga offerto aiuto perché il progetto di vita possa sostenersi, nonostante il fardello che lo appesantisce. L'intenzione, dunque, non è quella di identificare la Cura con la relazione educativa *tout-court*³, ma di qualificarla come quella particolare disposizione che l'educare, inteso come promozione del progetto di vita, assume quando si ha a che fare con il limite.

Intendere così l'essenza della Cura ci consente anche di capire meglio l'uso che il termine ha avuto nella storia dell'uomo, venendo riportato alle strette del dualismo tra cure materne o terapeutico-specialistiche. Come il bambino è immagine dell'incompiutezza, della fragilità e del limite, postulando il contrappunto delle cure materne, così lo scacco della patologia e del disagio, ponendo drammaticamente in evidenza la finitezza

dell'uomo, richiede risposte riconducibili alla sfera della clinica e della terapia. Cura materna e intervento clinico, tuttavia, per non ricadere nell'ovvietà di pratiche assistenziali o nella freddezza di protocolli specialistici, richiedono entrambi di essere compresi e ricompresi all'interno del più originario esistenziale della Cura, della relazione di aiuto intesa come sostegno al progetto di vita, proprio nel momento in cui il progetto è minacciato o coartato dalle spinte negative della sofferenza e del disagio.

La condizione del bambino e del malato sono, per un motivo e per un altro, tali da esigere che la relazione educativa divenga Cura, cioè relazione di aiuto. Al di là di queste, sono numerose e sfumate le situazioni che richiedono che la relazione educativa aumenti la sua densità, acquisendo una maggiore intensità, accentuando una certa asimmetria, coinvolgendo maggiormente i molteplici intrecci tra corpo e anima, tra bisogni fisici e desideri, tra esigenze quotidiane, agite nella concretezza del domestico, del familiare, e progetti esistenziali.

L' AVER CURA

La presenza della malattia, della disabilità e del disagio personale è in ogni modo la situazione che più di ogni altra esige la pienezza dell'aver cura, a tal punto da rischiare di obnubilare la Cura autentica, restringendola allo sguardo sul corpo, alla semplice risposta a bisogni immediati o all'attacco unilaterale alla sindrome che affannaglia la psiche, bloccando la dinamica del progetto. Proprio in questa situazione, allora, occorre salvaguardare la Cura, attraverso il sostegno di competenze educative, capaci di dare respiro e senso ad ogni intervento specifico, pur necessario, di diagnosi e assistenza, di terapia e riabilitazione, evitando che il frammento divenga l'intero, e il dramma della malattia nasconda dentro di sé l'uomo e i suoi più alti bisogni.

Binswanger giunge a conclusioni simili all'interno della sua riflessione sulla cura nei contesti psichiatrici. La sua indagine che, sulla scorta di Heidegger, è passata alla storia come "analisi esistenziale", o "antropoanalisi", ha come intento quello di sottolineare un'idea di cura come intervento non sulla malattia, ma sull'uomo-nella-malattia, una cura capace di agire non già sulla patologia, quanto sulla "strutturazione della presenza", cioè sul modo di essere-nel-mondo di questo uomo che è nella sofferenza. Lo sguardo antropoanalitico,

preliminare alla Cura, è diretto a comprendere l'altro attraverso un conoscere che non attinge ai paradigmi propri delle scienze naturali, ma a quelli delle scienze ermeneutiche, volti a individuare il progetto dell'essere uomo, come anche le ragioni dei suoi blocchi, dei suoi arresti.

E' qui in gioco una modalità di comprendere l'altro "sulla linea dell'umano", una sorta di "ascolto fenomenologico" che si traduce in una intenzionale *epochè* sulle tradizionali categorizzazioni scientifiche, sui modi comuni di intendere la malattia, sui messaggi subdoli del senso comune, che spinge ad adottare il ragionamento *per causam* e ad identificare nel *bios* la sorgente organicistica, e in fondo non *umana*, delle difficoltà della persona⁴. Allontanandosi dagli universali propri della conoscenza naturalistica del mondo, la Cura diviene in grado di comprendere ciò che sporge oltre il mondo, ovvero la malattia intesa come particolare modalità di essere-nel-mondo di questo uomo vivente.

La Cura non si dà senza questa comprensione. Malattia e salute non sono che denominazioni: ciò che importa è questo uomo nel suo modo di essere-nel-mondo. Mentre l'approccio clinico tende a isolare la malattia, per poterla chiarire scientificamente e attaccare terapeutamente⁵, lo sguardo antropoanalitico indaga lo svolgersi della temporalità, della storia di questo uomo, alla ricerca della "norma intrinseca" al suo disagio personale, cioè a quella particolare configurazione del progetto di vita che lo rende uomo-nella-malattia.

In particolare è proprio l'assenza di progetto che diviene l'elemento fondamentale del disturbo: la "norma intrinseca" costringe l'individuo malato a ripetere sempre lo stesso ritornello, rendendolo incapace di immaginarsi un futuro che sia diverso dalla semplice reiterazione del presente. "(...) Questo presente cela già in se stesso, ossia garantisce il futuro in modo incondizionato, fuor di dubbio e di questione. Lo spazio dell'esserci è a questo punto così angusto che non c'è posto, né tempo per nuove esperienze (...) in questo esserci in fondo non accade niente di nuovo, che l'esperienza qui (...) gira in un circolo, in un angusto circolo intorno al solito vecchio ritornello."⁶

La ripetizione dell'identico, la mancata capacità di progettare il proprio essere-nel-mondo costituisce dunque il nucleo esistenziale della malattia, o, per meglio dire, la chiave

per comprendere la condizione dell'uomo-nella-malattia. E' evidente allora che la Cura, cui la comprensione antropoanalitica è preliminare, non è da intendersi come terapia, o per lo meno la terapia stessa cambia significato, e, come afferma Binswanger, "nella sua forma e funzioni proprie è comunicazione suscitante ed educatrice"⁷.

Ancora una volta l'intervento di Cura si allontana dalle strette degli specialismi, avvicinandosi al terreno universale della mutua rela-

zione tra uomini, anche se entro lo spazio aperto da un intenzionale rapporto di aiuto. La Cura (la psicoterapia, secondo Binswanger) si fonda "su qualcosa che dal punto di vista esistenziale ci è prossimo e familiare, cioè noi stessi e il nostro rapporto con gli altri"⁸. L'intervento professionale, allora, salvaguarda la sua autenticità se mantiene un vitale collegamento con le espressioni più alte del reciproco rapportarsi tra persone, *modo amoris et modo amicitiae*. Solo così, infatti, la relazione di aiuto

Dignità nella malattia, dignità della morte

Secondo la tradizione ebraica l'essere umano non possiede alcun titolo sul proprio corpo e la propria vita; vita che dal Creatore ha avuto il privilegio di ricevere e l'incarico di preservare e santificare. Nel Deuteronomio, cap.30, è scritto *tu sceglierai la vita* da cui discende l'imperativo, per coloro che sono colpiti da malattia, di cercare una cura, di seguire un trattamento medico sia nel caso che si tratti di prolungare la vita per un anno, sia solo per pochi secondi. In questi termini si sono espressi non solo Nachmanide, ma anche autorevoli maestri contemporanei. Tra questi Rav Moshe Feinstein; egli sostiene che, se la morte è imminente in assenza di intervento, si può effettuare una procedura rischiosa purchè ci sia una sottile eventualità di guarigione, anche nel caso che le possibilità sino minime e che sia quasi certo che il malato non sopravviverà. E' invece tassativamente vietato, lo ha ricordato in un suo recente scritto il Rabbino Capo di Roma Di Segni, ogni atto che possa accelerare la morte agonizzante, anche se non vi è alcuna speranza di vita e anche se è lo stesso malato a richiederlo. Il timore è quello della relativizzazione del concetto di santità della vita, e l'apertura di una breccia che potrebbe allargarsi ulteriormente. Tuttavia, è sempre Di Segni a puntualizzarlo, è altrettanto doveroso preoccuparsi della dignità del malato e alleviare per quanto è possibile le sue sofferenze. A livello del tutto personale non riesco a comprendere e ad accettare quella interpretazione filosofica che considera la sofferenza come espiazione di qualcosa che può essere anche ignoto, inconsapevole. Dal dibattito che si è sviluppato in questi ultimi anni nel mondo ebraico è emersa anche la possibilità di proibire il rinvio alla morte con mezzi artificiali; lo riferisce Rav Brand riferendosi a malati che soffrono atrocemente e per i quali non vi è speranza di miglioramento. Varie correnti di pensiero legittimano la programmazione di pause automatiche nelle apparecchiature che tengono in vita i pazienti, in modo da poter verificare l'attività spontanea del malato e decidere di conseguenza se far ripartire o meno l'apparecchio. Una parte del mondo ebraico considera possibile anche la legittimazione di un'eutanasia passiva, in accordo con i medici, con la sospensione dei farmaci richiesta dal paziente se in piena lucidità mentale oppure dai suoi congiunti. A mio avviso - ma questo è un parere strettamente personale - scelte così drammatiche potranno essere affrontate più consapevolmente in futuro se entrerà nella consuetudine la compilazione di una dichiarazione di volontà anticipata nei trattamenti sanitari. Mi riferisco al cosiddetto testamento biologico che fornisce precise disposizioni alla famiglia, ai medici curanti e alle persone coinvolte nell'assistenza su come comportarsi, ad esempio, in caso di prolungamento artificiale della vita. Quanto all'accettazione dell'evento morte, credo che sia patrimonio di tutti i credenti, e non solo, tanto più se si ha consapevolezza di aver fatto tutto il possibile per non far mancare al congiunto malato ogni possibile cura. A questo proposito, in caso sorgesse la necessità di cure urgenti o si corresse il pericolo di vita, il mondo ebraico prevede non la facoltà bensì il dovere di trasgredire l'osservanza dello Shabbat, che pure è un precetto fondamentale. Un altro dovere a cui non è lecito sottrarsi è l'accompagnamento del moribondo fino ai suoi ultimi istanti di vita.

Pupa Garriba, In *Mosaico di Pace* n. 1-2007

non si trasforma, anche nella sensibilità di chi ne usufruisce, nelle forme difettive del "prestare un servizio", "erogare una prestazione", "eseguire un mestiere", configurazioni che conducono la Cura verso guarigioni parziali, incomplete, quando non verso lo scacco del fallimento.

IL PROGETTO DI VITA

Come la relazione educativa, di cui è parte e da cui si origina, la relazione di aiuto rimane infine sul terreno esistenziale della reciprocità, impedendo a se stessa di sottrarre all'altro la Cura, nella consapevolezza che in ultima analisi il successo dell'intervento è da ricondurre alla libertà e alla responsabilità della persona che lo riceve. Anche da qui sorge un monito diretto a non considerare la Cura come un intervento di natura specialistica, tale da consentire all'esperto di procedere per così dire da solo, abilitato e protetto dalla sua competenza professionale: la Cura rimanda necessariamente al progetto di vita della persona che ha di fronte, trovando come limite, e al tempo stesso come risorsa, l'espressione esistenziale della scelta consapevole, che sola può mutare la configurazione temporale dell'essere-nel-mondo, eventualmente liberando dalla ripetitività dei ritornelli che costituiscono la malattia di questo uomo⁹.

Nel riconoscere all'altro il valore e la dignità di persona, la relazione educativa, diversamente da quella clinica, individua nell'interlocutore non in primo luogo la debolezza di un essere bisognoso di aiuto, ma la forza di un uomo che sempre e comunque reca in sé le risorse intellettive, volitive e morali per affrontare il cambiamento. Pertanto chi educa non eroga prestazioni esogene, né prescrive prognosi anticipatrici, ma facilita nell'altro l'assunzione di consapevolezza e di responsabilità endogene, tali da consentirgli iniziativa e migliore competenza in vista di una potenziale evoluzione.

L'educatore, diversamente dal terapeuta, non agisce efficacemente il suo ruolo, formale o informale che sia, se non dall'interno di profondo atteggiamento relazionale¹⁰: un modo d'essere e d'agire, cioè, attraverso il quale chi educa attiva entrambi i poli della relazione, se stesso (Ego) come guida, o facilitatore, e l'Alter come protagonista del cambiamento. In questo senso si potrebbe dire che la natura relazionale dell'intervento educativo evoca la dialettica del pensiero greco-antico tra *penia* e *pòros*, costituendo

ad un tempo una ricchezza ed un limite: ricchezza, in quanto l'educazione genera nell'altro autonomia e libertà, evitando dannose sindromi da dipendenza; limite, in quanto l'esito positivo dell'intervento non è mai ultimamente nelle mani dell'educatore, rientrando nella sfera dell'iniziativa e della scelta dell'interlocutore.

L'autentico agire educativo conosce il proprio limite: esso non ritiene di dover trionfare con l'applicazione di tecniche salutari, perché è consapevole che l'esito non si esaurisce al suo interno, ma con l'originarsi di una nuova forza agente, ultimamente fuori dal suo controllo, la forza cioè dell'individuo in educazione. Solo quando l'Alter esce dalla condizione di debolezza per diventare capace di cambiare se stesso l'agire educativo può riconoscere esiti di vittoria, ammesso e non concesso che la vittoria sia sua.

Se l'aiuto clinico si fonda sulla debolezza dell'altro, confidando esclusivamente nella forza del terapeuta (stabilita sul presupposto del "sapere esperto"), la relazione educativa innesca un paradosso: la figura dell'educatore diviene infatti tanto più debole e sfumata tanto più la forza dell'Alter nasce; il paradigma di intervento supera così definitivamente la banalità (cosalità) del modello causale del tipo tecnica-guarigione.

Da questo punto di vista la relazione educativa sembra mettere l'operatore in un'imbarazzante posizione di incertezza sui propri risultati, che non sono affatto in suo completo potere. Non basta, ma anche qualora i risultati ci siano, l'educatore non è in grado di affermare che appartengano a lui, alla propria competenza esperta, alla sua professionalità proprio così riconosciuta¹¹. Questa consapevolezza libera l'operatore dalla tentazione anche inconscia di sfruttare la relazione d'aiuto per nutrire la propria personalità, appagando il bisogno di sentirsi efficace, quando non di esercitare potere.

E' in siffatto affrancamento che si realizza la conferma, che costituisce il cuore, e dunque anche il fascino, dell'agire educativo; questo, nel restituire all'Alter non solo il ben-essere, ma anche la sensazione di poterlo raggiungere da sé, costituisce la quint'essenza dell'aiuto alla persona, in quanto non le sottrae semplicemente qualcosa (il male, il disagio, etc.), ma ne ricostruisce la dimensione profonda dell'autonomia e della libertà.

Tuttavia, la natura relazionale dell'intervento educativo, che lo caratterizza rispetto ad

altre forme di aiuto, non comporta per l'educatore un mettersi alla pari con il proprio interlocutore, in una sorta di inutile e rinunciataria solidarietà: al di sotto dell'apparente (ed anche reale¹²) parità, una simultanea nascosta asimmetria anima l'intenzionalità dell'agire educativo, in forza dell'insopprimibile matrice assiologica che lo anima, e che si concretizza in una cosciente offerta di significato esistenziale.

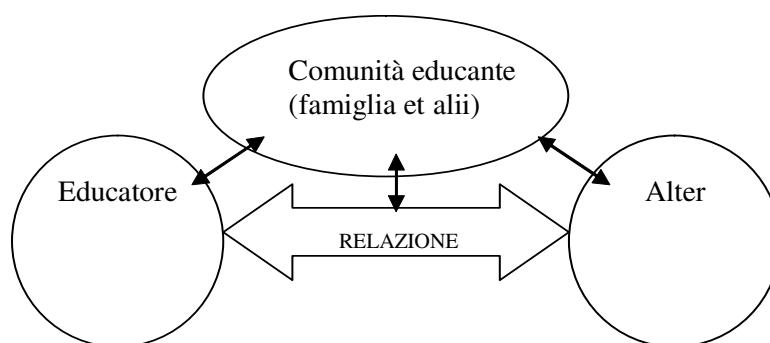
Non con questo l'educatore si allontana nella protettiva sfera dell'esperto: egli, infatti, non formula soluzioni, ritraendosi dopo averle concepite e offerte, ma lascia che il senso della proposta si origini dinamicamente all'interno della relazione stessa. Le energie di cambiamento che auguratamente si generano non sono allora le energie dell'educatore (contrariamente al modello clinico centrato sull'Ego del professionista), ma le risorse dell'Alter, smosse silenziosamente dal fascino della progettualità formativa dalla quale chi educa ha forgiato le sue azioni, le sue parole e finanche i suoi silenzi.

Solo attraverso questo difficile equilibrio (difficile almeno quanto l'entrare autenticamente in relazione) l'azione di aiuto conferma l'altro, piuttosto che avvalorare paradossalmente una condizione di debolezza, quando non di mancata autonomia e di dipendenza.

LA NON ESCLUSIVITÀ DELLA RELAZIONE EDUCATIVA

Un'ultima nota contraddistingue la relazio-

ne educativa: la sua non esclusività. L'impronta personalistica che è a fondamento della pedagogia non ha nulla a che vedere, né sul piano teorico né su quello metodologico, con l'individualismo. Essa, anzi, sospinge a completare la dimensione relazionale-duale con il paradigma della comunità educante, nell'inscindibile legame che unisce persona e società. Sul piano della didattica relazionale questo è traducibile nella scelta che l'educatore, diversamente dal terapeuta, compie, evitando di isolarsi nella nicchia di una relazione privilegiata, quando non esclusiva: egli, nel progettare educazione, individua strategicamente altri soggetti come protagonisti del progetto d'aiuto, i quali si inseriscono al tempo opportuno nel processo di crescita e cambiamento.



Proprio qui la parentela tra il lavoro sociale e il lavoro educativo, nella scelta comune di discernere e organizzare una rete di potenziali collaboratori dell'intero processo di aiuto: se il modello sociale invoca la "rete" come paradigma di una protezione sociale compiuta¹³, nella prospettiva della community-care, il

Le emozioni ? quasi una colpa

I servizi sembrano disincentivare la domanda di senso, per mantenersi "al riparo" dal rischio, potenzialmente "eversivo", che deriva dal riconoscere la presenza di una grande intensità emotiva nelle relazioni di cura. Le strutture, negando la passione (nel senso professionale e nel senso del patire), possono così continuare a perseguire la tranquillizzante logica "anaffettiva" che copre, vieta, bandisce le emozioni come una anomalia o un limite, quasi una colpa, un inconveniente, un errore. Chi si espone all'ascolto della voce della coscienza, e si lascia attraversare dall'interrogativo di senso nell'agire professionale, può trovare risposte soltanto dove è possibile ascoltare i sentimenti e coltivare la cura di sé per attuare un'autentica cura degli altri. Si ridiventa infatti capaci di incontrare l'alterità nella relazione di cura, se si esce dall'indifferenza del gesto efficiente, ispirato dalla mera prestazione.

Vanna Iori, in Animazione Sociale, n. 8-9/007.

ragionamento pedagogico si svolge all'insegna dell'utopia della comunità educante.

Concretamente, l'educatore esplora il retroterra ambientale e relazionale del disagio, discerne le potenziali risorse purificandole dai fattori inquinanti, coinvolge nel progetto educativo prima di tutto la famiglia, cui intende restituire ruolo (se mai l'avesse perso), ma poi altri inediti protagonisti, rintracciati all'interno dei multiformi ambienti del tempo

libero, del lavoro, dello sport, persino della strada.

Scopo di questo allargamento non è semplicemente un arricchimento di potenziale formativo, ma più essenzialmente il raggiungimento del fine paradossale dell'educazione stessa: la scomparsa dell'educatore, e l'inserimento dell'Alter nel flusso dell'esperienza sociale, nel quale ultimamente avviene ogni evoluzione personale. □

- 1 Il saggio è tratto dalle riflessioni condotte dall'autore in R. FRANCHINI, *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Erickson, Trento 2007
- 2 H. JONAS, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 1990
- 3 Il confine tra relazione educativa e Cura non sembra risultare ben determinato nella riflessione pedagogica italiana che pure ha scelto la Cura come cifra del ragionamento educativo. Oltre alle autrici già citate (Palmieri e Mortari), anche Granese, ad esempio, sembra a tratti identificare la Cura con il rapporto educativo tout-court. Cfr. ad esempio A. GRANESE, *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, La Nuova Italia, Firenze 1993, pp. 255-256, dove la cura viene associata al concetto generale di crescita, e solo per estensione applicata alle condizioni di limite e fragilità: "Se per un verso la crescita rappresenta un irrinunciabile obiettivo della coltivazione e della cura pedagogica per l'altro si deve riconoscere che la capacità di crescita (comunque si voglia definirla, determinarla, "misurarla") non costituisce, se non a condizioni rigorosamente definite, un titolo necessario e sufficiente ad ottenere la "cura". Riservare la coltivazione e la cura ha chi ha spiccate e "gratificanti" capacità di crescita è altrettanto poco pedagogico quanto è poco "ippocratico" (...) Sul terreno delle interazioni infraspecifiche (umane) merita cura non solo ciò che cresce, ma anche ciò che più non cresce, o declina, e vive i dolorosi scompensi di una senilità segnata dalla malattia e dal decadimento biologico, così come merita cura chi abbia, per altri motivi, e in diverse situazioni e circostanze, limitate o anche minime capacità di crescita. Cfr. anche A. GRANESE, *La teoria della Bildung e la formazione come problema sociale*, Studium educationis, Padova, 1/1996, p. 10: "Si deve ancora dirigere l'attenzione al concetto di cura, qualificandolo come elemento atto a risolvere la contraddizione tra la Bildung personale intimistica, romantica, sentimentale e la formazione sociale oggettivante positiva, concreta."
- 4 E' Cristina Palmieri che, commentando le opere di Binswanger, coniuga il concetto di "ascolto fenomenologico". Cfr. C. PALMIERI, *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*, FrancoAngeli, Milano 2000, p. 121: "L'ascolto "fenomenologico", che lascia essere le cose per come si danno ad una soggettività che può comprenderle sulla linea dell'umano, accettando di divenire cassa di risonanza dell'altrui sentire e dell'altrui parlare ne è solo una modalità, e alquanto difficile da attuare. Perché per farlo è necessario sospendere quel giudizio e quella categorizzazioni in cui già da sempre siamo immersi, per cui un corpo non si esprime, ma è un organismo che reagisce a stimoli interni o esterni; per cui un soggetto in condizioni di disagio non parla da sé, ma è parlato da sintomi segno di una malattia, di una condizione sociale."
- 5 Cfr., L. BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1970, p. 206: "L'approccio scientifico alle malattie mentali (...) ha sempre visto nella malattia mentale una particolare entità (...) Questa personificazione della malattia mentale deriva necessariamente dal metodo della psichiatria clinica. Infatti, compito dello psichiatra è appunto quello di distruggere l'oggetto della sua ricerca (...) di isolare cioè tutti gli elementi nuovi e diversi e di considerarli per sé, staccati dalla personalità sana."
- 6 L. BINSWANGER, *Il caso Suzanne Urban*, Marsilio, Venezia 1994, pp. 142-143
- 7 L. BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica*, p. 184
- 8 L. BINSWANGER, *Il caso Ellen West ed altri saggi*, p. 140. Cfr. ancora *ibi*, p. 139: "La psicoterapia può di fatto agire poiché essa non è che un aspetto particolare delle azioni che dovunque e sempre l'uomo ha esercitato sull'uomo, sia che si tratti di un'azione suggestiva e sedativa, oppure spronatrice e educativa, ovvero puramente comunicativa-esistenziale (con quest'ultima espressione noi intendiamo (...) l'essere con l'altro e l'essere per l'altro, in un senso veramente umano e non "complicato" e "turbato" da un qualche compito ovvero da un servizio".
- 9 Cfr. K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano 1991, p. 119: "La psicoterapia ha dei limiti invalicabili ed essi sono soprattutto due:
a) La terapia non può sostituire ciò che solo la vita stessa apporta (...) solo l'intervento reciproco è in grado di realizzare ciò che non può mai riuscire come prestazione professionalmente ripetuta. Poi, deve essere la vita stessa ad assegnare i compiti di responsabilità, quella serietà del lavoro che nessuna terapia può approntare artificialmente;
b) la terapia si vede posta di fronte all'originario esser-tale di un uomo che essa non può mutare. Mentre io, nella mia libertà, mi trovo di fronte al mio esser-tale come a qualcosa che io possa cambiare o anche trasformare facendomene carico, la terapia esercitata nei confronti dell'altro deve fare i conti con un'immutabilità (...) nei confronti dell'esser-tale la terapia è inutile."
- 10 L'espressione è di Folgheraiter, a connotare la diversità del lavoro sociale rispetto a quello sanitario, intrappolato nell'atteggiamento clinico dell'unilateralità esperta. Cfr. F. FOLGHERAITER, *Teoria e metodo del servizio sociale*, p. 366: "L'atteggiamento relazionale è una forza inferiore dell'operatore che gli permette: a) di accettare la propria debolezza e il proprio senso del limite come condizione più feconda per la ricerca della soluzione e b) di percepire e accettare, come ulteriore feconda condizione, la forza degli interessati frammista (o nascosta sotto) alla propria debolezza dichiarata (o non dichiarata, presunta - ndr). Per gli esperti accettare la propria debolezza, essendo diplomati, abilitati, specializzati, ecc. richiede forza inferiore. E altrettanta forza è richiesta per riconoscere la forza di interlocutori in difficoltà, i quali hanno spesso dipinta in fronte questa loro condizione ufficiale."
- 11 Che il successo non sia l'obiettivo della relazione d'aiuto lo aveva già intuito Kierkegaard quando indicava nell'umiltà il fondamento di questa relazione stessa: "Ogni vera attività di aiuto prende il via dall'umiltà. Chi aiuta deve essere umile nel suo atteggiamento verso la persona che desidera aiutare. Egli deve capire che l'aiutare non è dominare, ma servire. L'aiuto richiede pazienza così come disponibilità ad accettare di non essere sempre nel giusto e di non presumere di capire sempre ciò che l'altra persona capisce." (KIERKEGAARD S., *Sickness unto death*, Harmondsworth, Penguin, 1989, cit. in FOLGHERAITER F., p. 370)
- 12 La parità tra i protagonisti della relazione educativa è e rimane tale sul piano valoriale della dignità della persona.
- 13 Per un approfondimento vedi il già citato F. FOLGHERAITER, *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*