

Recensione di Lernia F. (2023). *Potere e dominio nelle pratiche di cura*. Andria: Durango Edizioni.

Irene Marseglia

Università di Bari

Il libro di Felice Di Lernia focalizza l'attenzione su un tema di difficile riflessione nei contesti della cura, tuttavia cruciale, ovvero quello relativo alle *implicazioni di potere* che agiscono nelle *pratiche di cura* delle persone e accompagna il lettore verso un'analisi preziosa e profonda.

Come scrive l'autore, la relazione di cura è "ontologicamente implicata dal potere" (p. 36):

Eppure, seppur adeguatamente occultato e camuffato sotto mentite spoglie, il tema del potere è parte integrante della formazione accademica e dell'organizzazione corporativa di medici, psicologi, pedagogisti, educatori, insegnanti, assistenti sociali, eccetera. Non solo: la volontà di potere dovrebbe essere alla base di qualunque vocazione professionale di questo tipo. Se così non fosse, ciascuno di questi mestieri non avrebbe ragione d'esistere [...], giacché è proprio nell'esercizio del potere che essi traggono la loro ragione d'esistere. E infatti anche da questa parte della relazione è fortemente diffusa un'angoscia: lo scrupolo del potere o la seduzione del potere? Perché, in ogni caso, il potere non lascia indifferenti (pp. 18-19).

Riprendendo il pensiero di Maslow, Di Lernia ci ricorda che il potere è "possibilità di produrre un cambiamento" (p. 35) o ancora con le parole di Nietzsche, che esso è "creatore di forma" (*ibidem*). E la cura, che è fondata sul potere, è essa stessa *cambiamento*: "lo è nelle intenzioni, negli obiettivi, nelle attese. È terapeutico ciò che implica un cambiamento" (pp.35-36). Pertanto, il potere si configura come "capacità/possibilità di favorire/impedire il cambiamento" (p. 35).

È l'atteggiamento nei suoi confronti, allora, ad essere cruciale e a fare la differenza nelle pratiche di cura, cioè "nel concreto agire delle relazioni" (p. 28). È la consapevolezza di quel "frintendimento epistemologico" (p. 20) di cui spesso molti professionisti sono vittime ad essere cruciale: "invece di prendere sul serio le cose che fanno, prendono sul serio se stessi. Non è un equivoco da poco. Non sono in gioco soltanto il focus e il locus del potere, è in gioco e viene meno il contatto stesso tra le parti della relazione, la possibilità/capacità di connessione, l'interfaccia" (*ibidem*).

Il rischio che corriamo in questo caso è di un *potere* che degenera in *dominio*, "privato del suo flusso benefico" (p. 21), che non *accompagna* le persone verso la comprensione e il cambiamento, ma le *porta*. "Il confine tra potere e dominio si gioca allora su un discrimine [...]: sulla scelta-capacità-possibilità di accompagnare [...]. Chi si prende troppo sul serio non accompagna ma porta. Il potere accompagna, il dominio porta" (pp. 21-22).

Se è diffusa, inoltre, la credenza in molti professionisti che sia la teoria la fonte di ogni esperienza, l'autore spiega che in realtà sono le pratiche che "ci consentono di indagare in maniera più veritiera quei saperi impliciti che costituiscono la matrice antropologica di ogni pratica di cura" (p. 29), poiché "è l'apriori a dettare le condizioni di possibilità, anche della teoria stessa (*ibidem*).

In quest'ottica si inseriscono due temi paradigmatici nella cultura occidentale moderna, in particolare sulle questioni della cura: la *salute* e la *salvezza*, una dicotomia che rimanda a un unico significato originario: "intero nel senso di totale, completo, tutto, di anima e di corpo, di soggetto e di oggetto, di mente e di soma, di spirito e di materia. Un significato che consente, senza errore, di esultare quando si è *sani* e *salvi* (p. 52).

Nel tempo, però, ciò che in passato era intero è stato, sempre più, *separato*: in particolare, nel momento in cui la scienza medica sviluppa la capacità di sezionare il corpo umano, “di operare su ciò che inanimato, su ciò che è senza spirito, ex spirito, ex anima, da quel momento ha inizio un nuovo episteme” (pp. 52-53). Salute e salvezza si separano, poiché “con l’avvento del paradigma clinico, la salute non ha più motivo di essere moralmente significante” (p. 58). Accade quindi che

La bio-medicina occidentale, con la sua ideologia del primato biologico e dell’universalità del corpo e delle sue patologie, considera credenze tutte le conoscenze, anche empiriche, che appartengono a culture alternative, e, soprattutto scotomizza decisamente tutto ciò che sfugge al suo controllo culturale e antro-poietico. Ciò impedisce spesso al medico autocentrato di riconoscere la differenza tra *disease* (malattia organica) e *illness* (malattia vissuta) e di considerare l’Altro nella sua capacità/diritto autopoietico [...].

La conseguenza di questo approccio approssimativo (nel senso letterale di avvicinare a sé, di ricondurre alla propria idea) [...] è il rischio di riduzione dell’Altro. Rischio che comporta il non vedere l’ovvietà della esistenza di due progetti antro-poietici: quello del Soggetto e quell’Altro¹ (pp. 70-71).

Questo comporta l’interferenza, nelle pratiche di cura, del *pregiudizio*, inteso come “giudicare a prescindere” (p. 227); dello *stereotipo*: “strumento di fuga dalla complessità [...], che, nel mentre fugge la complessità, nel mentre se ne libera, crede di controllarla e invece la intensifica” (p. 228); e dello *stigma*, il quale “è sempre un processo sistemico che al tempo stesso esprime e produce volontà di dominio” (p. 232) e priva della libertà.

Di grande rilievo sono le considerazioni dell’autore, che fanno sintesi delle questioni affrontate nel libro e orientano il lettore verso stimolanti percorsi di riflessione, a partire da quelle che possono essere le “trappole semantiche” (p. 238) che spesso si celano nel linguaggio della cura e che contribuiscono alla costruzione di una realtà “stigmatizzata e stigmatizzante” (*ibidem*), che nega la relazione e il principio della differenza. Lo stigmatizzato, infatti, per difendersi reagisce indossando una maschera e “si illude che somigliare al dominante significhi essergli uguale” (p. 239).

In tal senso, allora, queste pratiche di cura agiscono sull’identità delle persone, mediante un’opera di contaminazione verso l’identificazione dell’Altro con una *forma pura*, quella del Soggetto, per il quale: “ciò che mi somiglia è, per definizione, cosa buona e giusta. Lo è perché somiglia all’idea che ho di me. In questa matrice ermeneutica si annida un pensiero implicito, un a-priori determinante: l’idea di un sé puro” (p. 240), verso cui si vorrebbe che si fosse *ubbidienti e devoti* e che caratterizza il dominio nelle pratiche di cura.

Fondamentale diviene il riconoscimento di quel processo che Bateson definisce *schismogenesi*, che si sviluppa in ogni relazione significativa, in cui il cambiamento riguarda tutte le persone che ne fanno parte, “proprio a causa del fatto che interagiscono tra di loro” (p. 231) e dunque “si trasforma anche chi ha il compito di trasformare” (p. 72).

Importantissimo in tutto ciò, ci illumina l’autore, è *dare parole all’Altro*, perché il linguaggio umano è “creativo” (p. 79) e perché “ogni parola mi spiega il mondo e, spiegandomelo, mi ricolloca in esso con rinnovata e continua consapevolezza” (p. 76).

Ecco, allora, che un compito del Soggetto è dare parole all’Altro. Non “parola” (singolare, metonimia della possibilità di parlare), ma “parole” (plurale, significanti nei quali si articola il pensiero prima che il linguaggio) [...]. Parole come sinonimo di potere, perché il sapere è funzione del potere [...]. Potere, in questo caso, che è possibilità di autodeterminazione, di stare autonomamente nella relazione di cura, libertà di scegliere, relazione di cura come pratica di libertà [...]. Non, dunque, la parola come possibilità, come spazio aperto all’esperienza, ma la parola come dato, come gesto finale (p.77).

Raccontarsi è, infatti, un bisogno umano costitutivo che consente di comprendersi, di esplorare dimensioni di sé altre, di essere riconosciuto e che comporta “una erogazione ed un prelievo di *sapere-*

¹ Il Soggetto è la parte che cura, l’Altro è la parte che riceve la cura.

di-sé” (p. 129), che è un sapere antro-poietico: “ampiamente predittivo della possibilità di dare una forma alla propria esistenza” (*ibidem*) e in quanto tale può divenire anche un’esperienza violenta, un “*sapere-di-dominio*” (p.132).

Quale narrazione allora è giusta e utile e quale invece non lo è?

Riprendendo il suggerimento di Bruner, l’autore ricorda l’importanza nella narrazione di utilizzare il modo congiuntivo, il quale ci aiuta a comprendere che abbiamo a che fare con *possibilità umane* e non con *stabili certezze*. Le *tattiche congiuntive*, come le chiama Good, ci permettono di approdare a

ulteriori possibilità di apertura semantica e inquieto pudore di fronte al non conoscibile. Soprattutto [...] consentono di avere ben chiara, nel corso delle pratiche di cura la differenza tra *disease* (la malattia come viene rappresentata nella biomedicina, localizzata nel corpo, nei processi fisiologici) e *illness* (l’esperienza della malattia, la malattia come la vive il sofferente, la malattia nella vita, la malattia come mondo) (pp. 156-157).

Ciò richiede, d’altro canto, la capacità di chi cura di fronteggiare situazioni ad altissimo livello di *complessità*, rispetto alle quali si evidenzia però una “diffusa povertà metodologica” (p.226), che rende quanto mai necessario “dotarsi di un apparato ideologico e deontologico adeguato alla delicatezza del compito” (*ibidem*).