

Tra cura e educazione.

Intervista a un medico e due psicoterapeuti

Between care and education.

An interview with a surgeon and two psychotherapists

Cristian Simoni (a cura di)

Università degli Studi di Padova

What is 'care' and how does it interact with education in medical treatments and psychotherapy? What is 'pain'? These are the questions addressed to a surgeon and two psychotherapists. The aim was double: from one hand bringing to light educational elements working inside the practice of these professions and, on the other hand, trying to find eventual correspondences between the answers and a theoretical moral framework of educational action, composed by the couple wisdom-care. The results encourage researching further.

Keywords

practitioners, care, education, wisdom, pain

Qual è il rapporto tra cura ed educazione nell'ambito medico e in quello psicoterapeutico? Cos'è il dolore? Sono queste le domande rivolte ad un chirurgo ed a due psicoterapeuti. L'intento duplice è mettere in luce gli elementi educativi disseminati nell'esercizio di queste professioni; inoltre si vogliono individuare corrispondenze eventuali con un quadro dell'azione educativa definita come sollecitudine e come terreno fertile per le decisioni sagge e dunque di rilevanza morale. La lettura delle risposte dei professionisti incoraggia a proseguire nello studio di questo modello.

Parole chiave

professionisti, cura, educazione, saggezza, dolore

83

l'educativo nelle professioni

1. Finalità generale e quadro teorico

Lo scopo di questa intervista è duplice: da un lato si vuole proseguire la consuetudine di questa rivista di “dare voce alle professioni”, ovvero di interpellare professionisti che si trovano alle prese con questioni di ordine educativo nello svolgere il proprio lavoro; anche se costoro non sono necessariamente educatori nel senso stretto o insegnanti. L'altro intento affiora maggiormente al percorso di ricerca del curatore dell'articolo, il quale, dopo aver compiuto uno studio nell'ambito della filosofia dell'educazione sui concetti di saggezza educativa (buona prassi nel senso morale) e cura (Simoni, 2018), desidera altresì confrontare lo schema teorico sviluppato con il racconto di quei vissuti che entrano nel dominio delle relazioni educative in senso lato. Il modello di azione educativa cui si fa riferimento presuppone la possibilità di riuscire a descrivere elementi trasversali a qualsiasi tipologia di relazione educativa. In quest'ultima, entra la dimensione della cura come sollecitudine, ovvero ciò che non interviene necessariamente all'occorrere di uno stato individuale problematico o di malattia (o che vuole solo rispondere a questo), ma quella tipologia di cura che si traduce più precisamente nell'aver cura globalmente del soggetto che sia ha di fronte (Conte, 2006), per accompagnarlo verso nuovi traguardi formativi che investono la persona nella sua interezza. Interessante dunque è un primo confronto con chi è di fatto un professionista della cura nella più comune e diretta accezione terapeutica, ma può trovarsi giocoforza anche ad assumere il ruolo di educatore del soggetto.

84

2. Intervista al professor Gabriele Anania

1. Gentile professor Anania, lei è medico, doppiamente specializzato in Chirurgia generale e in chirurgia d'emergenza presso l'Università di Ferrara, nonché docente afferente al Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale della medesima Università. Lei dunque non è certamente estraneo al mondo dell'insegnamento, nel suo caso universitario, ma le chiediamo in questa riflessione di fare capo proprio anche alla sua attività di medico e chirurgo. Le poniamo dunque la prima domanda: secondo lei, è utile o addirittura necessario educare i propri pazienti al di là del trattamento medico specifico?

Assolutamente sì.

La risposta va articolata su due livelli. Il primo è l'educazione sanitaria attraverso la quale le persone devono essere avvicinate e stimolate a seguire regimi di vita atti a prevenire le malattie: dieta, attività motoria, astensione dal fumo e alcool e tanti altri che rientrano nei piani di educazione sanitaria della popolazione intera.

Il secondo livello è più intimo, personale, e riguarda il rapporto diretto tra professionista e paziente. Oggi l'informazione è assolutamente indispensabile

quanto corretta, necessaria quanto giusta. Se con educare intendiamo informare la persona sulla malattia, sulle cure adatte, sui tempi di guarigione e sui percorsi che dovrà seguire, ritengo che educare i propri pazienti sia tappa fondamentale del mio lavoro. Il dialogo e il colloquio sono determinanti per l'adattamento alla cura e per il mantenimento e il rafforzamento del rapporto di fiducia necessario tra medico e paziente.

2. Nell'insegnamento universitario appare in primo piano, in virtù del curriculum di studio preposto, non esattamente l'educazione, ma la formazione professionale degli studenti e specializzandi di medicina e chirurgia. Tuttavia, ciò che ha vissuto stando a diretto contatto con i pazienti di varie età è entrato all'interno del suo insegnamento?

Le chiediamo di puntare l'attenzione soprattutto sugli aspetti relazionali sperimentati coi pazienti, che diventano di fatto conoscenze extracurricolari, tacite dimensioni da trasmettere eventualmente anche nella formazione dei giovani medici.

La mia professione, il mio lavoro quotidiano di medico ha influito tantissimo sulla mia attività di docente. Durante il mio corso di laurea non mi è stato mai insegnato a comunicare, non esistono crediti universitari a medicina dedicati alla buona maniera di comunicare. In realtà nella quotidianità non cambiano le malattie ma le persone che vengono da me ammalate per farsi curare. Non esistono esseri uguali per cultura, emotività, spirito di sacrificio, voglia di combattere. Le persone cambiano nel modo di recepire una malattia e quindi di affrontarla. Si va dal negare tutto per paura o per sensazione di onnipotenza alla disperazione di chi interpreta una diagnosi come sentenza di morte. Ecco: i linguaggi, le espressioni, i movimenti e i minuti dedicati vanno contestualizzati alla persona che si ha di fronte, non alla sua malattia. Questo cerco di trasmetterlo ai miei studenti.

3. Ora due domande brevi ma evocanti questioni chiaramente non liquidabili in poche parole, tuttavia ogni suggerimento a riguardo potrebbe essere prezioso per ricerche future: secondo lei professore, che cos'è il dolore?

Il dolore per chi fa il medico è un sintomo importante da studiare, valutare, uno dei primi segni semeiologici da conoscere. Per il paziente è un disagio, un forte disagio e anche campanello di allarme di un problema di salute che scatena una emotività importante che va comunque interpretata, considerata e indirizzata verso la positività che una cura realizza se passa il sintomo-dolore. Il dolore, quindi, è nella quasi totalità dei casi il legame, il cordone ombelicale che avvicina e lega un paziente al medico. Da un segno negativo di disagio come il dolore, occorre costruire quella sintonia tra medico e paziente necessaria per arrivare a un risultato positivo.

4. *Che cos'è la cura o la relazione medico-paziente?*

Nelle mie risposte precedenti si racchiude a mio avviso il pensiero che da sempre mi accompagna. Dare una definizione è difficile se non impossibile. Mi preme però ricordare che cura e relazione medico-paziente devono andare unite ed in maniera sincrona ed integrata. Quando con un paziente si instaurano un dialogo e un'intimità tali da mantenere l'equilibrio tra chi è in difficoltà perché malato e tra chi è in difficoltà perché deve garantirne la guarigione, in quel caso ritengo si possa parlare di giusta relazione medico-paziente.

5. *Professore, riprendo alcune parole da lei utilizzate che catturano immediatamente l'attenzione di un pedagogista: dialogo, comunicazione, cambiamento di visione sulla malattia, paura, senso di onnipotenza, legame. Questa premessa per una duplice domanda: esistono esperienze di un qualsivoglia collegamento, all'interno del vostro Dipartimento, tra le scienze mediche e i saperi umanistici, i quali, per definizione, si occupano del senso antropologico di ciò che accade e della potenziale trasformazione di visioni riguardo al mondo e all'esistenza? Infine, ha notato differenze nell'aver a che fare ora con adulti, ora con adolescenti e bambini in merito proprio alla dimensione comunicativo-relazionale e in merito alla necessità di accompagnare queste persone ad una nuova visione (faccio riferimento specifico qui ai termini senso di onnipotenza, paure e storture nel vedere la malattia)?*

86

Premetto che, purtroppo, nell'ambito della struttura nella quale lavoro, non ci sono esperienze di collegamento tra scienze mediche e saperi umanistici.

In merito alle differenze di comportamento di fronte alle tipologie di pazienti differenti, confermo che il linguaggio, non solo quello verbale ma anche quello corporeo, variano molto. Innanzitutto è buona regola porsi a livello della persona che si ha di fronte usando le sue parole, i suoi "dialetti", è lui che deve capire cosa gli viene detto e non il contrario. Magari occorre ripetere le cose soprattutto se sono presenti persone care al paziente che devono comprendere bene di cosa si parla. Saranno loro a condurre il malato verso le scelte giuste. Oltre che le parole, anche il linguaggio corporeo si modifica. I gesti con le mani, il contatto fisico al momento della visita, vanno contestualizzati con riferimento a chi si ha di fronte. L'espressione del viso, giocherellona con i bimbi, non deve mai perdere il velo di ottimismo che va trasmesso. La persona di fronte dona al medico la propria vita, e deve sentirsi protetta. Tutto questo, associato alla chiarezza espositiva e alla verità in merito alla malattia da affrontare, rende a mio avviso il rapporto fiduciario al punto giusto da consentire al paziente di affrontare con una certa serenità il percorso terapeutico ed al medico di essere a sua volta sereno nel curare il paziente.

3. Intervista agli psicologi-psicoterapeuti Giovanni e Dario Seghi

1. *A Giovanni e Dario Seghi, rispettivamente figlio e padre che condividete anche la medesima professione di psicologi e psicoterapeuti in provincia di Ferrara, desideriamo porre alcune domande, per completare il quadro della nostra esplorazione. Mentre Giovanni risponderà avendo come riferimento la fascia generazionale dei bambini e degli adolescenti, Dario farà riferimento soprattutto all'esperienza maturata con gli adulti. Prima delle domande, qualche informazione sulla vostra formazione e sull'attività scientifica: entrambi laureati in psicologia presso l'Università di Padova, tra le varie specializzazioni ricordiamo per entrambi il titolo di "Psicoterapeuta psicoanalitico ad orientamento intersoggettivo-costruttivista". Menzioniamo inoltre l'appartenenza di entrambi alla società SPAI (Società di Psicoterapia Analitica Integrata) di cui Dario è anche Vicepresidente. Infine, segnaliamo anche l'appartenenza di Giovanni alla IED-TA (International Experiential Dynamic Therapy Association).*

Vi chiedo inizialmente se, secondo voi, è utile o addirittura necessario educare i propri pazienti al di là del trattamento terapeutico specifico? Ovvero, si può distinguere l'elemento prettamente educativo da quello terapeutico?

(Giovanni Seghi) L'educare in psicoterapia infantile e psicologia dell'età evolutiva è fondamentale per aiutare il bambino e i suoi genitori a superare le problematiche che stanno vivendo. Da un lato la componente terapeutica permette di risolvere i conflitti interni più profondi, dall'altro la componente educativa permette di "tirar fuori", allevare, far crescere, sviluppare nuove competenze emotive-affettive, relazionali e comportamentali, che in precedenza, a causa del blocco emotivo o del disturbo mentale, non era possibile incrementare. Elemento educativo e terapeutico però non vanno intesi slegati o propedeutici, come se prima si attivasse la fase terapeutica e solo dopo quella educativa, ma vengono integrate e sviluppate insieme e in modo armonico, perché ad ogni piccolo sblocco degli elementi emotivo-affettivi interni è connessa contemporaneamente una conquista educativa immediata. Tale aspetto però non è spesso visibile fin da subito agli occhi della coppia terapeutica, ma viene consapevolizzato gradualmente nel tempo, ecco perché molte volte si riconoscono in terapia conquiste già avvenute, come a dire che la terapia "arriva sempre un po' dopo" rispetto alla capacità della coppia terapeutica di ottenere cambiamenti.

(Dario Seghi) Quando un paziente inizia una psicoterapia è motivato ad un cambiamento. Questo cambiamento lo porterà a superare le problematiche fisiche e/o psichiche e/o comportamentali. Se l'aspetto più psicoterapico è legato alla presa di consapevolezza dei motivi intrapsichici che hanno prodotto i sintomi, il cambiamento che porterà al superamento dei sintomi sarà preceduto da un diverso modo di pensare gli atteggiamenti o le relazioni mediante un processo rieducativo che noi chiamiamo "psicagogico". Tale aspetto è prettamente educativo, nel senso che fa emergere dal paziente i suoi veri bisogni e lo aiuta a realizzarli attraverso "passi" di cambiamento sempre più profondi.

2. Secondo lei, cosa significa educare nel suo contesto lavorativo?

(G. S.) Per educare intendo sviluppare nel bambino e nei suoi genitori nuove competenze emotive-affettive, relazionali e comportamentali. Nel mio contesto lavorativo l'aspetto educativo è fondamentale a 360°, nel senso che non posso pensare di aiutare un bambino e portarlo al cambiamento se non educo anche la "madre ambiente", cioè tutte quelle figure che ruotano attorno alla vita del bambino e che per lui diventano importanti come genitori, nonni, insegnanti, *baby sitter* ecc.... Pertanto, se con il bambino vi è un'iterazione costante e continua tra terapia ed educazione, con la "madre ambiente" si attiva in maniera sistematica la componente educativa che mira a sostenere le figure di riferimento per il bambino, aiutandole a modificare il clima relazionale che si è strutturato nel corso degli anni e che non ha permesso di sostenerlo adeguatamente di fronte alle proprie difficoltà. Così facendo, si crea quel triangolo operativo di sostegno e cura al bambino, dove ai vertici troviamo i genitori, le altre figure di riferimento e il terapeuta, mentre al centro viene inserito il bambino, il quale si sentirà protetto dal triangolo e percepirà che ogni vertice si muove sulla stessa linea educativa, trasmettendo forza, sicurezza e fiducia, che gli permetteranno di affidarsi ai tre vertici per superare le proprie difficoltà.

(D. S.) Educare in psicoterapia significa che, dopo aver fatto riaffiorare i significati più profondi, si progetta un piano di cambiamento comportamentale che presuppone allenamenti mentali o fisici o relazionali. Per una terapia di coppia, dopo aver preso consapevolezza che spesso proiettiamo sul nostro partner aspettative o difese costruite nella relazione con i nostri genitori, è necessario lavorare rieducando la comunicazione che spesso è imbrigliata in proiezioni che vengono dal passato, o in circuiti patogeni. Per fare questo si parte da una alfabetizzazione emotiva, per riuscire poi ad esprimere i propri bisogni profondi, di cui le emozioni sono sensori, senza che questi divengano pretese ma richieste, imparando a non giudicare le intenzioni del partner. Tutto questo è un lavoro educativo in psicoterapia, cioè psicagogico. In un attacco di panico si cerca di scoprire le cause legate alla costruzione infantile rispetto alle emozioni primarie (rabbia, paura, colpa, gioia, tristezza). Per i terapeuti del mio orientamento analitico intersoggettivo costruttivista, riconoscere le cause scatenanti attuali, imparare a esprimere le emozioni riconosciute, imparare un allenamento mentale alla calma per essere capaci nei momenti di ansia di rispondervi in modo diverso da quello patogeno, tutto ciò è anche educativo cioè psicagogico.

3. Infine, replichiamo queste domande che ci permettono di trovare possibili connessioni tra varie dimensioni culturali ed esistenziali (filosofia, pedagogia, letteratura, medicina e psicologia): che cos'è il dolore e/o la sofferenza psichica?

(G. S.) Il dolore per i bambini con cui lavoro, che sono per la maggior parte bambini con una famiglia, una scuola, degli amici, una buona intelligenza,

quindi bambini che non hanno veri e propri disturbi mentali ma che stanno vivendo una serie di difficoltà emotivo-affettive, relazionali e/o comportamentali, che se protratte nel tempo potrebbero dare origine a disturbi mentali conclamati, il dolore è l'impossibilità di "sentirsi visti" dall'altro, dove per "visto", intendiamo accolto, ascoltato, capito, amato, riconosciuto nel suo essere persona, nei bisogni e anche nelle sofferenze e/o fatiche. Il dolore del bambino sta principalmente nel sentire che l'adulto lo guarda, ma non lo vede. Possiamo aiutare un bambino a superare le proprie difficoltà scolastiche o anche quelle comportamentali, insegnandogli specifiche strategie risolutive, ma non riusciremo a permettergli di affrontare da solo la propria vita se non lo aiutiamo prima di tutto a "sentirsi visto" da noi. Questo non vale solo per i bambini, ma anche per noi adulti, perché nei momenti di dolore abbiamo bisogno di sentire che chi ci sta vicino possa sentire il nostro dolore, possa stare vicino al nostro dolore, senza ricorrere per forza a soluzioni immediate, a strategie che guardano il dolore da lontano per paura di sentirlo troppo forte e rimanerne coinvolti emotivamente. Un bambino che si sente visto dall'adulto, senza giudizio, senza pretese, senza preconcetti, è un bambino che sta costruendo dentro di sé le basi solide per iniziare a curare il proprio dolore.

(D. S.) Il dolore è una sensazione psichica che percepiamo anche a livello fisico con emozioni difensive di rabbia, quando uno dei nostri bisogni primari o secondari viene frustrato. Se tale frustrazione risale ai bisogni infantili di attaccamento, e questa viene ripetuta, produce traumi che lasciando tracce mnestiche di tipo emozionale che riemergeranno spesso nella vita della persona adulta come fuga dalla paura o tentativo di rincorsa verso il benessere.

4. *Che cos'è la cura o la relazione terapeuta-paziente?*

(G. S.) La relazione terapeuta-paziente, nel mio ambito lavorativo, è basata sulla possibilità di co-costruire assieme al bambino nuove esperienze relazionali partendo dalle esperienze nella relazione della coppia terapeutica. Per tale motivo potremo dire che la "cura" è la "relazione" e per i bambini la relazione passa attraverso il gioco. Nell'approccio psicoterapico, il gioco è la componente terapeutica che mi permette di entrare in relazione autentica con il bambino, perché consente di avvicinarmi più facilmente alle sue emozioni nel "qui ed ora", per poi aiutarlo nella loro comprensione, espressione e gestione. L'obiettivo finale, quello che viene definito "cura" o meglio ancora "processo di cambiamento", avviene ristrutturando i convincimenti emotivi del bambino. Questi si sono creati all'interno di una specifica matrice relazionale, quella familiare, pertanto è solo all'interno di un'altra matrice relazionale, quella del contesto terapeutico, che si potranno integrare i vecchi convincimenti emotivi, portatori di disagio, con nuovi convincimenti emotivi che diventeranno poi principi organizzatori dell'esperienza attraverso i quali il bambino leggerà e organizzerà l'esperienza passata, presente e futura.

(D. S.) Chi ha scelto un approccio psicoterapeutico analitico intersoggettivo costruttivista, vede la cura come il tentativo di risalire ai traumi dell'attaccamento del passato essendo la nostra personalità "costruita" da tutte le esperienze vissute, specie quelle infantili che hanno strutturato le basi della nostra fiducia psichica. Il cambiamento deve avvenire proprio anche grazie alla relazione terapeuta-paziente che ristrutturerà le basi ferite della capacità relazionale del paziente.

4. Osservazioni conclusive

Ritengo decisamente soddisfatta la domanda sulla possibilità di individuare la presenza contemporanea di un doppio livello d'azione di questi professionisti. Vi sono evidenti tracce di questo in alcune espressioni significative, e ciò costituisce l'avvio di una successiva riflessione. Si può già, a mio avviso, inquadrare ciò che raccontano i nostri intervistati, al netto di specifici interventi (ora medici, ora psicoterapici), nel quadro della cura intesa anche come sollecitudine e che ingloba anche l'esercizio della saggezza pratica (il complesso di scelte precipue, specifiche deliberazioni per il caso singolo). In alcune espressioni non emerge, infatti, solo l'esperto nel senso canonico di chi possiede scienza e tecnica, bensì la necessità d'essere educatori nel senso più alto del termine. Infatti, Anania riferisce chiaramente che la sua attività di educatore – e non solo di medico – si esplica nel considerare gli opportuni aggiustamenti, nel valutare le reattività, nell'inquadrare il rapporto dei pazienti col dolore, nel donare anche quella sana leggerezza che ha a che fare con quella speranza che genera ottimismo. Il condurre fuori ed oltre, l'accompagnare, si esprime nel far vivere un vissuto diverso, altro e possibile, rispetto a quello spontaneo che può avere il paziente. Le malattie sono le stesse ma le persone cambiano: queste possono cambiare in un senso migliorativo? Certo che sì, ecco allora le scelte opportune da farsi per il soggetto che si assiste. L'esperto, come diceva Aristotele (Aristotele, 2005), non è solo quello che ha scienza ma è definibile come colui che si è esercitato più volte nel deliberare sui casi singoli, immettendosi non solo in una logica strumentale ma anche morale.

Dario e Giovanni Seghi puntano decisamente l'accento sulla necessità di non scindere il momento terapeutico da quello educativo. Traspare quasi che sia il momento educativo quello decisamente ristrutturante la persona, mentre quello psicoterapico permette di attuare la destrutturazione di quanto appreso in precedenza, ma di fatto disfunzionale. Tutto ciò è attuabile all'interno di una relazione, di un tempo allungato, con pazienza, e favorendo l'insorgenza di nuovi modi di pensare ed atteggiamenti: raggiungiamo qui esattamente l'idea di cura educativa come sollecitudine. Ci sembra proprio che i due psicologi-psicoterapeuti ci stiano facendo vedere con chiarezza il rapporto educazione-aver cura dell'altro, necessitante tempi e un prendersi in carico dello stato formativo attuale del soggetto, per portarlo ad ulteriori traguardi forma-

tivi. Noto con una certa soddisfazione che, mentre Anania ha messo in luce (non solo ma soprattutto) la componente della deliberazione sul caso singolo, Dario e Giovanni Seghi hanno esplicitato molto visibilmente (anche se non solo questo) un concetto educativo molto vicino a quello di cura educativa del nostro quadro teorico. Una piacevole sorpresa questa che, assieme, le due interviste abbiano toccato sinergicamente i due temi della saggezza e della cura come sollecitudine.

Chiudo mettendo in evidenza questi ulteriori preziosi elementi, degni veramente d'essere menzionati al di là dello specifico dell'indagine: Aristotele ebbe come retroterra culturale non solo l'insegnamento platonico, ma ancor prima anche la medicina di allora, praticata da suo padre¹. Fu lui a descrivere mirabilmente il concetto di saggezza pratica che delibera sul caso singolo: Anania, mostra, come medico, una sensibilità particolare proprio in questo senso.

Giovanni Seghi, conoscendo più da vicino l'universo dei bambini e degli adolescenti ci avvisa di fatto di non liquidare come 'infantili' certi bisogni di tipo affettivo-emotivo (come 'l'esser visti'), ma anzi di recuperarli per il bene della nostra vita adulta sana. Dario Seghi ci fa riflettere sul metodo psicagogico, che in filigrana mi fa pensare alla necessità di revisione dei nostri pensieri ed atteggiamenti, in quanto proprio questi possibili fonti di sofferenza generata da noi stessi. Utile da ricordare, questo, specie quando si tende ad attribuire l'origine dei nostri mali solo a cause esterne.

Nota bibliografica

- Aristotele (2005). *Etica Nicomachea*. Roma-Bari: Laterza.
Cambiano G. (2004). *Storia della filosofia antica*. Roma-Bari: Laterza.
Conte M. (2006). *Ad altra cura. Condizioni e destinazioni dell'educare*. Lecce: Pensa MultiMedia.
Ellett Jr. F.S. (2012). Practical Rationality and a Recovery of Aristotle's 'Phronesis' for the Professions. In A. Kinsella, A. Pitman (eds.), *Phronesis as Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Profession* (pp. 13-33). Boston: Sense Publisher.
Simoni C. (2018). *Saggezza e cura nell'azione educativa*. Milano: Vita e Pensiero.

1 Lo riporta qualsiasi manuale di storia di filosofia, si può reperire l'informazione comunque in Cambiano (2004, p. 99).

SE