

## Complessità, bioetica, resilienza

### Tre dimensioni paradigmatiche all'approccio MH e MN nella prospettiva pedagogica<sup>I</sup>

MARIA FEDERICA PAOLOZZI, STEFANIA MADDALENA<sup>\*</sup>

**RIASSUNTO:** Il contributo si propone di offrire alcuni spunti di riflessione sul tema della medicina narrativa e di ricercare, nello sviluppo di prospettive epistemologiche legate al paradigma della complessità, quelle visioni della salute e della cura funzionali a rafforzarne l'impianto epistemologico e assiologico. Per tale motivo vengono ripercorse le dimensioni paradigmatiche della complessità, nella prospettiva di Edgar Morin, della bioetica nel suo impianto essenziale e di fondo, della resilienza intesa come costrutto organizzatore di senso (Malaguti, 2020). Vengono messi in evidenza gli aspetti correlati, in qualche modo connaturati, alla sfera pedagogica quale componente irrinunciabile di un approccio al settore biomedico secondo le Medical Humanities.

**PAROLE-CHIAVE:** complessità, bioetica, resilienza, narrazione di sé.

**ABSTRACT:** The contribution proposes to offer some reflections on the theme of narrative medicine and to seek, in the development of epistemological perspectives linked to the paradigm of complexity, those visions of health and care functional to reinforcing the epistemological and axiological framework. For this reason, the paradigmatic dimensions of complexity are retraced, in the perspective of Edgar Morin, of bioethics in its essential and basic structure, of resilience understood as an organising construct of meaning (Malaguti, 2020). Aspects related, in some way

I. L'articolo è frutto di una scrittura condivisa. Per fini di riconoscimento accademico i paragrafi sono così attribuiti: a Maria Federica Paolozzi i parr. 2, 3 e 4; a Stefania Maddalena i parr. 5 e 6. L'introduzione e la bibliografia sono equamente attribuibili.

\* Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli; Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara.

inherent, to the pedagogical sphere as an indispensable component of an approach to the biomedical field according to the Medical Humanities are highlighted.

KEY-WORDS: complexity, bioethics, resilience. self-narration.

### 1. Introduzione: l'integrazione dei paradigmi

La nostra è un'epoca segnata da una grande contraddizione: quella tra crescente, e nell'immaginario illimitato, sviluppo e progresso tecnologico e difficile governo della complessità; tra la *promessa* di benessere e miglioramento delle condizioni di vita che il primo può contribuire a realizzare, attraverso un sapere che aumenta e si specializza in maniera geometrica ed esponenziale, e l'impossibilità di pervenire ad una spiegazione semplice in grado di sciogliere il nodo gordiano della molteplicità dimensionale e fattoriale, della circolarità e ricorsività delle relazioni e delle interazioni che connotano ogni aspetto della realtà, che induce a renderci consapevoli dell'incertezza e dell'imprevedibilità cui tutti siamo esposti. Ed è in tale contraddizione che emerge il bisogno di reclamare una forma di razionalità che sia *costruita* sul concetto di integrazione tra i modelli, le prospettive, le logiche, la cui pluralità e interconnessione possano rispondere in maniera più adeguata alle diverse esigenze espresse dalla società complessa.

Ogni aspetto che caratterizza la nostra esistenza sembra esprimere di fatto una duplice e contraddittoria connotazione: quella che viene dalla logica che ubbidisce alle necessità dell'organizzazione efficientistica, produttivistica, rapida e mutevole imposta dal progresso tecnico e dai suoi obiettivi costruiti su un modello performativo sempre più sofisticato, e quella della crescente richiesta di senso, di significato, di consapevolezza, di comprensione, di partecipazione. Richiesta che incontra l'ostacolo e le difficoltà della *liquidità*, della sovrainformazione, dell'iper-specialismo, del disorientamento, del *disincanto*.

Nel corso della storia i concetti e le pratiche di cura e di medicina hanno subito profonde variazioni e cambiamenti col mutare dei paradigmi, dei problemi, delle risorse, della cultura e del pensiero; rimangono però, in ogni tempo, riferimenti centrali della civiltà e dello sviluppo dell'umanità. La metafora attribuita a Margaret Mead della guarigione di un femore

rotto come momento iniziale della civiltà e il primo principio della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che allude alla sanità come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo in un'assenza di malattia o d'infermità, concorrono a definirne il significato dal valore più alto.

Per tali ragioni il contributo della Medicina Narrativa e delle Medical Humanities, quali modelli, approcci e dispositivi in senso paradigmatico, riveste particolare importanza sia nell'ampliare gli orizzonti entro cui guardare le infinite manifestazioni (e quindi possibilità pratiche ed esplicative) dei concetti di salute, benessere, cura, sia nel ruolo che esse svolgono nell'integrazione dei due grandi modelli (Marini, 2019), quello logico-razionalistico-prosaico, necessario per l'avanzamento tecnico, e quello vitalistico-esistenziale-poetico, teso ad esprimere e dotare di significato autentico e profondo la dimensione umana che rende la vita degna di essere vissuta. Modelli che una visione erronea, che emerge dalla disgiunzione, dalla separazione, dalla chiusura dell'iper-specialismo e dalla incapacità di pensare il complesso, contrappone.

Alla tanto reclamata (e difficile) interdisciplinarietà spetta sicuramente, in tale orizzonte, un compito prioritario. Ma l'interdisciplinarietà, che si costruisce con il concorso sommativo, nel peggiore dei casi, giustapposto, delle singole discipline, costa troppa fatica e risulta essere un'utopia dannosa, perché astratta, che approda alla costruzione di un sapere enciclopedico e, come tale, impossibile. Occorre che ciascun settore del sapere acquisisca la dimensione della interdisciplinarietà paradigmatica, la capacità epistemologica e metodologica dell'apertura e della molteplicità. Anche al sapere pedagogico, soprattutto al sapere pedagogico che è un sapere per sua natura interdisciplinare (Cambi, 2017; Criscenti, 2018), e all'azione educativa, può essere affidato il compito, nel territorio della medicina, di realizzare la reclamata integrazione in direzione di una maggiore umanizzazione della cura medica.

## **2. Medicina e salute nella prospettiva di Edgar Morin: la complessità alla base della NBM**

Nell'ampia e prolifica letteratura scientifica di Edgar Morin è costante, come punto d'unione dei diversi problemi affrontati, specialmente nei vo-

lumi del *Metodo*, il richiamo all'esigenza di tre grandi riforme tra loro interconnesse e interdipendenti: una riforma del nostro modo di conoscere, una riforma del nostro modo di pensare, una riforma del nostro modo di insegnare. La triplice riforma, come è ovvio, consegue il duplice obiettivo di renderci capaci di comprendere la complessità nella quale siamo immersi e di fornire gli strumenti per orientarci e per operare un cambiamento che vada nella direzione di un nuovo umanesimo. Per Morin, infatti, come ci spiega Franco Cambi, la pedagogia è elevata a "Dispositivo fondamentale di tutta la società attuale e della sua cultura ormai acclarata in senso planetario" (Cambi, 2021). Parallelamente, la pedagogia "in cerca di identità attraverso la ricerca epistemologica, trova oggi nel paradigma della complessità la possibilità di condurre ad unità le sue antinomie, affermando una propria autonomia dai saperi forti che storicamente hanno teso a riassorbirla" (Sirignano, 2019, p. 50).

Dopo l'analisi delle diverse sfere della realtà svolta nei volumi del *Metodo*, l'autore francese pubblica, nel 2011, il noto volume intitolato *La via*, nel quale raccoglie le sfide più imponenti e fondamentali per la rigenerazione del pensiero, della politica, della società, della vita. È in questo testo, più che in altri, che Morin si occupa in maniera specifica dei temi della medicina e della salute. Così come in altri ambiti e settori, anche in questo caso Morin propone un'integrazione tra un tipo di ragione riduzionista, meramente scienziata, determinista e meccanicista, edificata in ragione di un modello astratto e incapace di comprendere la complessità della realtà, piegato ai soli obiettivi funzionali all'accrecimento tecnologico, economico, produttivista, efficientista e un tipo di ragione complessa più ampia, che superi i limiti della ragione precedente indicandola come uno, tra i tanti, degli approcci alla realtà subordinato allo scopo della razionalizzazione funzionale al solo aspetto tecnicistico. Non che questa particolare visione, erede del paradigma scientifico galileiano-newtoniano, non abbia apportato, secondo Morin, enormi benefici o che non sia da considerare utile in determinate circostanze ma ridurre l'approccio alla realtà a questo solo metodo ne restituisce una visione limitata che, come tale, produce effetti negativi. I

n questo senso i limiti della cosiddetta medicina occidentale sono gli stessi limiti del pensiero puramente quantitativo e acritico ed è solo dal riconoscimento di tali limiti che può costituirsi una riforma in nome del miglioramento delle condizioni di vita degli uomini.

Dalle pagine in questione emergono le insufficienze e le ambivalenze della medicina occidentale: certamente l'aver immaginato un progresso astratto, certamente aver limitato l'“effetto malattia” alla “causa” del cosiddetto “nemico esterno” non prendendo in considerazione o sottovalutando tutte le altre variabili che entrano in gioco per definire il concetto di salute. Il risultato più evidente e ambivalente è stato senza dubbio l'eccesso di specialismo che ha caratterizzato la formazione del personale medico. Più volte e in altri testi lo studioso francese ha individuato nell'iper-specialismo, che connota la nostra cultura e la nostra organizzazione del sapere, uno degli errori fondamentali. Lo specialismo, che Ortega già precedentemente aveva messo in discussione riconoscendone la possibile barbarie, produce sia un errore in termini di conoscenza sia, a livello etico, la deresponsabilizzazione dello specialista: “Ormai specialista, il ricercatore si vede offrire il possesso esclusivo di un frammento del rompicapo la cui visione globale deve sfuggire a tutti e a ognuno.” (Morin, 2001, p. 7). La doppia specializzazione, (Gembillo, 2022) quella propria del medico e quella propria degli strumenti tecnologici, se ben si affronta la questione, produce una duplice barbarie, quella del medico e quella del paziente, non solo nel senso di precludere a entrambi la comprensione globale dei problemi riducendo il primo a conoscere solo la parte a scapito del tutto e il secondo ad essere totalmente passivo di fronte a un sapere, quello medico che, divenuto così specializzato, risulta inaccessibile, ma anche riguardo la stessa relazione medico-paziente. Ciò perché l'azione del medico diventa sempre meno efficace, depotenziata e ridotta quasi a mero rapporto burocratico, e la reazione del paziente, anche egli immerso, come nota Ortega, nella cultura dell'iper-specialismo, il quale, “diventato anche lui specializzato in qualche ambito, estende inconsciamente la propria abilità fuori dai suoi legittimi confini, perdendo fiducia nello specialista che deve prendersi cura del proprio organismo” (ibidem, p. 151).

Nelle pagine della *Via*, Morin invoca la figura professionale del medico di famiglia, della sua funzione un tempo tanto centrale, in grado di porre il paziente “nel suo contesto umano”, quanto ora subordinata e declassata dagli effetti dello specialismo che, al contrario, isola il paziente dal suo contesto umano. Porre il paziente nel suo contesto umano significa conoscerlo personalmente, conoscerne la storia, il contesto sociale e familiare e, in questo senso, il medico di famiglia era anche uno *psicosociologo* e, rispetto ai medici specialistici, un *direttore d'orchestra*, mentre adesso è ridotto a rango subalterno.

A risultare ambivalente è lo stesso specialismo che, se mira a una conoscenza sempre più specifica e minuta, tralasciando il tutto per la parte, non produce che una conoscenza parziale anche della malattia, delle sue cause, delle possibilità di guarigione proprio perché non è capace di vedere l'influenza di altri fattori oltre a quelli più strettamente fisici e fisiologici, come quelli provenienti dall'ambiente sociale e familiare, dall'ambiente urbano e persino dalla biosfera, che tanto concorrono nel determinare effetti più o meno importanti nell'organismo. Da tale critica sembra emergere una rivalutazione generale della figura professionale del medico in quanto il suo giudizio e il suo operato trascendono la dimensione prettamente circoscritta all'intervento di cura tecnicamente limitato al settore sanitario, acquistando, nei confronti della società, della sua organizzazione, del sapere stesso e della cultura, un valore e un'influenza più ampi, di tipo critico, pedagogico e politico. Da mero esecutore di protocolli e di adempimenti burocratici (analogo discorso potrebbe essere esteso a tutte le figure professionali) diverrebbe così in grado di comprendere quelle che possiamo definire le "malattie della civiltà". "La Nostra scienza e la nostra medicina – scrive Morin – ci hanno isolato dal nostro mondo come se noi fossimo estranei. Dobbiamo richiamare la totalità complessa all'interno della quale noi esistiamo, soffriamo, siamo felici, infelici, malati o in buone condizioni." (Morin, 2012, p. 159). In tale orizzonte la medicina, scrive ancora Morin, "è un'intima combinazione di scienza e di arte." (ibidem, p. 160)

Richiamandosi alla riflessione svolta da Philippe Abastado sull'epistemologia medica, Morin svela i limiti, e persino i danni, dell'invasione statistica e dell'ipertrofia sui quali poggia la evidence-based-medicine e reclama il "ritorno al qualitativo", a mitigare la parzialità (anche funzionale), l'impotenza e talvolta la disumanità dell'iper-razionalizzazione tecno-scientifica, a superare la contraddizione tra l'imperativo ippocratico di preservare la vita ad ogni costo e l'imperativo dell'umanità che vuole che vengano risparmiate atroci sofferenze. (ivi, p. 162). Tra le vie riformatrici, come quella già citata della rivalutazione del medico generico o come quella di considerare la pluralità delle culture mediche, occorre menzionare quella che l'autore ritiene forse la più importante: la riforma degli studi di medicina che dovrebbero includere le scienze umane, la complessità umana, il pensiero complesso e dovrebbero prevedere l'*insegnamento di civiltà*.

Altra decisiva "via" è quella della riforma della relazione medico/paziente attraverso l'instaurazione di una relazione dialogica nella quale il

paziente possa comprendere e cooperare, attraverso processi di consapevolezza e auto osservazione in una sorta di “conosci te stesso” non solo psicologico ma anche biologico.

Un’ulteriore ambivalenza, infine, viene attribuita all’ospedale. “Se c’è un luogo di umanità, è proprio l’ospedale – scrive – e se c’è un luogo di disumanità, è ancora l’ospedale” (ibidem, p. 169). In particolar modo, l’ideale proposto da Morin è quello di riformare le comunicazioni umane, eliminando la compartimentazione e la fredda e rigida regolamentazione burocratica:

i professionisti del sapere devono praticare l’auto-osservazione mentre osservano i pazienti. Gli infermieri non devono essere considerati solo come esecutori; essi hanno acquisito un sapere empirico, pragmatico, concreto, che i medici raramente possiedono, e i loro scambi con i medici dovrebbero essere istituiti in modo permanente. Il malato stesso possiede un sapere: certo in molti casi egli può essere confuso, ma può anche essere lucido su se stesso, sulle proprie malattie, sull’evoluzione che egli subisce. Come insegna l’etnometodologia, ogni paziente dispone di un’esperienza di vita, di un sapere che si tratta di attivare (ibidem, p. 170).

Il breve quadro fin qui tracciato sembra legittimare l’approccio e l’epistemologia sottesi alla NBM. È inoltre possibile intravedere anche l’importanza che viene data all’educazione intesa in senso generale, alla comprensione della fenomenologia medica, dei suoi problemi, del riconoscimento della comune fragilità umana, delle dimensioni etiche ed esistenziali che si intrecciano con quelle più specificamente mediche. Ciò che si invoca è una rigenerazione, uno sguardo (creativo) che sia in grado di rigenerare, offrire nuove possibilità di cambiamento che sappiano incrociare sempre più i bisogni, i desideri, le richieste di orizzonti di senso espressi da sempre più larghi e differenziati strati della popolazione.

Non si tratta solo di umanizzare la medicina ma di comprendere che per confrontarsi con la realtà non vi possono essere visioni separate e scisse, rispecchianti la presunta separazione delle cosiddette scienze dure e scienze umane<sup>2</sup> e che occorre reintrodurre l’uomo (l’osservatore), nella

2. Così Ilya Prigogine e Isabelle Stengers: “A lungo, il carattere assoluto degli enunciati scientifici è stato considerato simbolo di razionalità universale. Al contrario, noi pensiamo che la nostra scienza si aprirà all’universale quando essa smetterà di negare, di volersi estranea alle preoccupa-

sua connotazione multidimensionale e complessa, nella spiegazione dei fenomeni, come suggerisce la rivoluzione epistemologica effettuata da Heisenberg<sup>3</sup>, e riuscire a pensare le relazioni tra le dimensioni, per spiegarne la circolarità, la complementarità e l'antagonismo.

### 3. La bioetica: un ponte verso il futuro

Si può far risalire il concetto moderno di bioetica agli anni '70, anni in cui lo studioso statunitense Van R. Potter parlò di questo termine nella celebre opera intitolata *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Nella prospettiva di Van Potter, la bioetica consisteva in una nuova scienza, una nuova forma di saggezza, in grado di coniugare la conoscenza biologica e i valori umani nella direzione non solo del miglioramento della qualità della vita, ma della stessa sopravvivenza. Il termine bioetica, in questo senso, “incute rispetto sia nel lettore comune, per l'ardito accostamento semantico, sia nel lettore esperto, perché evoca una materia i cui contenuti spesso toccano il cuore l'essenza stessa della nostra vita. Bioetica, sinonimo di questioni che riguardano la vita e la morte, la qualità della vita, il futuro stesso dell'umanità” (Paolozzi, 2009, p. 5). La dimensione etica si innestava nel cuore della ricerca scientifica secondo i termini che, in un'affermazione celebre, Van Potter così sintetizzava: “la domanda sulla conoscenza su come usare la conoscenza”.

In quegli stessi anni nascevano, significativamente, due centri di ricerca che mettevano in relazione la medicina con l'etica e con la riflessione sul valore della vita umana. Nel 1969 veniva fondato l'Hastings Center, il primo Istituto per la Società, l'Etica e le Scienze della vita; nel 1971 nasceva il Kennedy Institute of Ethics fondato da André Hellegers, autore, insieme a Paul Ramsey, della rivoluzionaria opera in due volumi *The Patient as a Person* e *Fabricated man*.

zioni e alle domande delle società nel cui seno essa si sviluppa, nel momento in cui essa sarà capace di un dialogo con la natura di cui finalmente si apprezzino le molteplici malie, e con gli uomini di tutte le culture, di cui finalmente si rispettino i problemi” (Prigogine & Stengers, 1999, p. 23).

3. Per una lettura di Werner Heisenberg dal punto di vista dell'epistemologia della complessità è utile rimandare al volume collettaneo a cura di Giuseppe Gembillo e Costanza Altavilla, *Werner Heisenberg. Scienziato e filosofo*, Messina, 2002.

Basti richiamare la difficoltà di trovare posizioni concordanti per affrontare le tematiche sollevate dalla bioetica e il dibattito che si accese, e che prosegue ancora, l'*impasse* normativa, le vicende di cronaca accompagnate da sgomento, controversie e talvolta dallo scandalo, per non parlare delle "tante" bioetiche particolari che si sono sviluppate (bioetica di inizio vita, bioetica della qualità della vita, bioetica di fine vita) a rivelare la complessità del problema.

Affrontarne i temi significa, in qualche modo, "varcare il regno delle madri". Le differenti posizioni riguardo argomenti così delicati, a livello teorico ma soprattutto se considerati a partire dal vissuto concreto, spesso tragico e doloroso, che riguarda la salute, la vita e la morte delle persone, mostrano con sufficiente evidenza l'impossibilità sia di pervenire ad imperativi etici categorici ed assoluti, sia di affidarsi, nel tentativo di sciogliere quesiti così complessi, alla presunta oggettività della scienza. Si tratta di comprendere

che la ricerca scientifica non è, come pure si potrebbe pensare, una ricerca pura, oggettiva, quasi che la natura stessa reclami un'indagine che il ricercatore debba perseguire, una verità che giace nascosta e che noi dobbiamo semplicemente "scoprire", togliendole il velo che la copre. In realtà la ricerca si orienta. È sempre orientata. Si ricerca in un modo o in un altro a seconda dei paradigmi culturali generali nei quali siamo necessariamente immersi. Principi religiosi o etici, convinzioni filosofiche o scientifiche le quali si condizionano nella scelta e nella metodologia della ricerca (ibidem, pp. 27-28).

Le tematiche inerenti la bioetica sono tematiche che necessariamente devono produrre ambiguità, dilemmi, decisioni responsabili, scelte difficili, incertezza: la presunta oggettività della scienza e ciò che maggiormente produce una facile, quanto immorale, deresponsabilizzazione.

Allo stesso tempo, essere capaci di scorgere il pericolo di visioni astratte, schematiche, rigide e immobili, non significa abbandonarsi a una forma, altrettanto pericolosa, di relativismo.

Ed è proprio per tale ragione che il richiamo al principio etico come dimensione universale da calare nella situazione storica concreta, rappresenta sempre un irrinunciabile sfida che, seppur ricca di insidie ed ostacoli, va affrontata a tutti i livelli, in maniera attiva e partecipe tanto dalle istituzioni, dagli studiosi e intellettuali, dalle figure professionali quanto da cia-

scuno, perché trattasi di sfida che riguarda tutti. Un'etica della situazione, nella quale siano contemplati assieme "il rispetto della vita come principio generale, la concreta situazione storica come termine ultimo della scelta pratica." (ivi, p. 43). Da quest'ultima affermazione è possibile desumere, in una prospettiva pedagogica, le possibilità offerte da una dimensione conoscitiva e comunicativa di tipo narrativo in grado di cogliere, e di farlo in maniera esclusiva, la sfera della storicità e della soggettività; di rivelare le teorie e i punti di vista degli individui concreti; di generare apertura all'incontro di differenti prospettive. Inoltre, il grado di problematicità sollevato dalla bioetica ci mette di fronte all'esigenza (e alla difficoltà) di pensare la sofferenza e la morte, come testimonia una ricerca qualitativa svolta tra gli operatori medici (Gambacorti-Passerini, 2020) e come ben sintetizza Gerd B Achenbach sostenendo che il Moderno ha eliminato la domanda esistenziale, se si vuole metafisica, "perché soffriamo?", sostituendola con la spiegazione delle cause (Achenbach, 2005).

#### 4. Educare alla resilienza attraverso il dispositivo narrativo

Nel tentativo di fornire una possibile, non certamente esclusiva, direzione attuativa in ambito educativo delle premesse sin qui fatte e che affrontano la questione della medicina da una prospettiva complessa, ossia evitando di ridurla a prassi e saperi esclusivamente tecnici e quantitativi, il tema della costruzione della resilienza può offrire alcuni spunti per svolgere un'ulteriore riflessione e calarla nelle concrete pratiche.

Brevemente occorre fissare alcuni punti preliminari: resilienza significa innanzitutto la capacità di affrontare le avversità e far fronte alle difficoltà e agli imprevisti nel senso che la natura del processo di superamento impone di attraversare e confrontarsi con la circostanza dolorosa, e quindi anche di saperla *nominare* e *significare*; la resilienza si costruisce, non è un accidente, e, come tale, rende possibile un'educazione alla resilienza (cfr. Malaguti, 2005; 2020; Vaccarelli 2016; Garista 2018), intendere la resilienza nella connessione al pedagogico significa, tra le tante esplicazioni, insistere su due aspetti che definiscono il costrutto della resilienza: la sua natura processuale che si attua nel ciclo di vita e il caratterizzarsi di essa all'interno di una relazione; la resilienza non è una condizione o uno stato che si raggiunge in maniera definitiva ma comporta la dimensione della generatività e della trasforma-

tività; non vi è una via, un metodo, un modello valido per tutti con cui divenire resilienti: ognuno ha la propria storia, le proprie risorse e sperimenta circostanze uniche e irriducibili ad astratte generalizzazioni.

Nella metafora della “bambola spezzata” di Manciaux, gli effetti del colpo inferto su una bambola dipendono dalla natura del suolo su cui cade, dal materiale di cui è composta e dall’entità, dalla forza e dall’intensità del colpo ricevuto.

Tralasciando, per questioni di spazio e non di minore importanza, i primi due aspetti, la situazione difficile, il trauma, la condizione di fragilità condizionano le possibilità di sviluppo. Ma come si misura l’entità di un colpo, la sua forza, la sua intensità? Per non scadere nel paradosso, è chiaro a tutti che la malattia, la sofferenza, l’isolamento, il lutto, la prospettiva della morte per le malattie incurabili, la disabilità, sono aspetti che, inquantificabili aritmeticamente, hanno forza e intensità spaventosi quando insorgono nell’esistenza degli individui e delle famiglie.

Nei suoi testi, Boris Cyrulnik insiste molto sugli effetti della rappresentazione della situazione svantaggiosa come una delle componenti principali della formazione del trauma. Per tale motivo occorre saper riconoscere l’influenza che la rappresentazione, individuale, sociale e culturale, (o l’assenza della rappresentazione, la vacuità di senso, l’assurdità della realtà... come ci suggerisce Cyrulnik, 2002, p. 111) posseggono nel rendere la condizione ancora più atroce, incomprensibile e insuperabile. La rappresentazione del dolore non può emergere meccanicamente da una causa evidente, vive in un universo simbolico, discorsivo, linguistico e creativo.

L’approccio narrativo ed autobiografico, in tutte le possibili declinazioni di registro, sia che si abbia a che fare con il soggetto interessato, sia che si voglia diffondere un’educazione alla comprensione e alla condivisione per agire a livello della rappresentazione sociale e culturale, è l’unico che possiede quelle caratteristiche atte ad agire a livello della rappresentazione, della decostruzione, della consapevolezza e della risoluzione creativa e rigenerativa.

## 5. La parola per costruire la resilienza

Uno degli aspetti connotativi dell’esperienza traumatica, quale che sia, è la dimensione della crisi che occorre generando fratture irreversibili che frantumano la continuità temporale ed esistenziale e annichiscono la capacità

di “guardare avanti”. La strada segnata da un accadimento improvviso e inaspettato che genera dolore e sofferenza, è una strada faticosa da percorrere che può sembrare insormontabile. La condizione di patimento, per quanto si possa “oggettivamente” ritrovarne una “causa determinante” che l’abbia generata, è vissuta come la dimensione più inspiegabile per il soggetto che la sperimenta: “perché doveva accadermi questo, perché proprio a me?” sono le domande che necessariamente non trovano risposta. Riprendendo uno tra i più efficaci concetti espressi da Salvatore Natoli nel suo volume, divenuto ormai un classico, “L’esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale”, riguardo la sofferenza, da un punto di vista filosofico, la connaturata ricerca della risposta a una domanda così sostanziale, porta l’uomo a ricercare una dimensione più profonda, che scavi a fondo e interroghi le questioni ontologiche dell’esistenza e della vita. Il dolore non è qualcosa che si può scegliere ma si subisce e in questo senso nega l’essenza più profonda dell’uomo ossia la sua libertà. Pur tuttavia, rappresenta un’esperienza altamente formativa grazie alla quale ci si fortifica e si diventa capaci di affrontare non solo le avversità che si presentano all’individuo, ma si può essere in grado di sviluppare l’empatia e, quindi la comprensione e la solidarietà. In questo senso, sembra possibile realizzare il motto secondo cui si può imparare dalla sofferenza. (Cfr. Cyrulnik, 2000). Davanti a domande così complesse, però, è evidente la difficoltà di “trovare” risposte (le quali vanno costruite nella soggettività e nella dimensione relazionale, non certo nei legami meccanicistici di causa effetto delle scienze classiche), e la capacità di intraprendere un percorso nella direzione della trasformatività e dello sviluppo positivo dell’esistenza, non può essere lasciata al caso.

La corresponsabilità sociale, addirittura umana, se si vuole, nell’edificare gli universi simbolici di espressione e comunicazione del dolore, reclama, necessita, l’intervento della cultura, dell’arte, e soprattutto l’impegno della pedagogia. Come sostiene Bruno Rossi, quelli odierni sono tempi in cui i valori predominanti sembrano essere quelli

dello star bene fisico, del piacere, dell’auto gratificazione, del disimpegno, in cui è non poco diffusa la tendenza a eliminare ostacoli e difficoltà, evitare sforzi e sacrifici, a sopprimere la sofferenza attraverso la medicalizzazione della vita, dove frequente l’orientamento a separare il malato dalla malattia ridurre la persona a una macchina che, in presenza di una disfunzione meccanica, ha bisogno di riparazione di tipo farmacologico (2013, p. 211).

Nell'attuale organizzazione sociale, infatti, troppo spesso piegata alle logiche estrinseche alla dimensione umana, succede che tali sentimenti e tali dimensioni, occupino uno spazio sempre minore, persino nei sistemi educativi. Come ben ci ricorda Martha Nussbaum, l'esigenza di aderire ai modelli economici, attraverso l'utilizzo di approcci quantitativi e di misure di valutazione standardizzate, così come la visione di un sapere sempre più parcellizzato, estraneo alla comprensione umana e finalizzato alla mera spiegazione e il ripiegamento della formazione, intesa come categoria essenziale del pedagogico, alle esigenze di una formazione solo tecnica, e funzionale al sistema del mondo del lavoro (Sirignano, 2019) non lasciano tempo alle "dimensioni dell'anima" che l'esistenza umana esprime e reclama.

Diversamente, occorre valorizzare maggiormente quegli approcci pedagogici che valorizzino la dimensione valoriale, esistenziale, profonda, della formazione umana.

Tra questi, il metodo autobiografico, utilizzato in ambito pedagogico, offre la possibilità di valorizzare la persona in chiave olistica, nella sua interezza di mente, corpo emozioni, ragione e sentimenti. Ciascun percorso di formazione basato sul metodo autobiografico implica sempre un percorso di autoformazione nella misura in cui si acquisisce sempre maggiore consapevolezza di quelle abilità, competenze e conoscenze già consolidate e quelle che ancora è possibile apprendere non solo da sé stessi, ma anche dagli altri e dai contesti socioculturali di appartenenza. Attraverso la narrazione di sé, il soggetto può ripercorrere le tappe salienti della propria esistenza, i cambiamenti, i passaggi politematici e gli snodi esistenziali fondamentali, interpretando ed attribuendo senso alle proprie esperienze, mettendo a fuoco ciò che si è fatto, ciò che non si è fatto e ciò che si potrebbe ancora fare, ipotizzando la costruzione di quelli che Jedlowski definisce *mondi possibili*. Nelle narrazioni c'è sempre un qui ed ora e un là e un altrove che si può non solo ipotizzare ma anche raggiungere.

Anche se vengono riportati fatti e situazioni del tempo presente, il fulcro del racconto rimane pur sempre il passato, e proprio per questo inizialmente il narratore vive una sorta di spaesamento nel cercare di conferire un ordine spaziale e temporale agli eventi della propria vita. Tale spaesamento viene superato man mano che si giunge alla consapevolezza che non è tanto importante riferire gli avvenimenti secondo un ordine cronologico preciso, quanto riportare gli avvenimenti salienti della propria vita (Bolzoni, 1999, p. 44).

Da questa prospettiva, la narrazione di sé diventa uno strumento tras-formativo che può essere utilizzato in chiave propositiva, come processo che facilita la resilienza, in particolar modo in quelle situazioni in cui si sperimentano circostanze avverse. L'evento traumatico produce un cortocircuito immobilizzante tra un passato a cui non si riesce a dare senso, un presente che sembra privo di significato irrimediabilmente ferito in futuro che non si riesce immaginare e progettare. La resilienza è la capacità di significare il proprio vissuto per riallacciare i fili del passato, del presente e del futuro, attribuendo senso al passato per proiettarsi nel futuro. In tal senso le metodologie narrative, nel loro nucleo centrale attivano il soggetto rendendolo protagonista del proprio cambiamento.

Molto spesso, quando ci si trova a dover affrontare una malattia, il soggetto si trova in uno stato in cui non riesce a esprimere la sua autonomia di giudizio, intimorito dal sapere dello specialista e, in questo senso, si trova a sperimentare una duplice frustrazione e una condizione di subalternità.

Le metodologie autobiografiche consentono al soggetto, specialmente se adulto, di prendere la parola, ossia di emanciparsi. Grazie alla parola, infatti, si prende consapevolezza dei propri vissuti, delle modalità cognitive personali, di abitudini mentali rimaste spesso latenti. In tale operazione, alla presa di parola si affianca la ricerca di senso intesa come operazione, allo stesso tempo, cognitiva ed esistenziale. Contrariamente, quando ci si trova di fronte all'impossibilità di dare un senso agli avvenimenti, ai sentimenti, alle emozioni, l'essere umano cade nello sconforto più totale.

Nell'età adulta, tuttavia, si verifica qualcosa di paradossale nel senso che, se da un lato tale operazione cognitiva può giovare delle esperienze e delle conoscenze pregresse, dall'altro si fa sempre più ricorso a dei modi di pensare stereotipati, ci si abitua ad abitare i luoghi comuni perché la curiosità di scoprire nuovi punti di vista, più tipicamente riferibile al mondo giovanile, si affievolisce.

Per riprendere le parole di Laura Formenti, nelle narrazioni e nei racconti autobiografici sono contenute delle "operazioni epistemiche" che consentono al narratore di conoscere e strutturare la realtà: "la presa di parola, la ricerca di senso, la costruzione di teorie, l'emergenza delle strutture biografiche, l'invenzione e l'interpretazione di testi, l'interconnessione delle parti (e delle parti con il tutto)" (1998, p. 131).

Il trauma indica specificamente quella condizione in cui la frattura intervenuta nella vita di un individuo richiede, affinché possa essere possibi-

le un superamento, una “guarigione”, di ritessere le trame dei tempi della propria esistenza che la situazione generatrice del trauma ha irreversibilmente interrotto. La ricostruzione della propria vicenda biografica, il richiamo del ricordo nei complessi sistemi della memoria, l’interpretazione e la significazione dello sviluppo della propria vita, dei momenti salienti, conferiscono al presente un nuovo, inedito e rigenerato significato che può consentire di guardare ad esso in modo differente e, quindi, di aprire la porta alla possibilità di trovare senso.

## 6. **Επιμελεια Εαυτου, tras-formazione e resilienza**

È importante fare ancora qualche riflessione sull’importanza della scrittura narrativa e autobiografica come *Επιμελεια Εαυτου* (cura di sé) e come sostegno allo sviluppo di personalità resilienti. La resilienza è la capacità degli esseri umani di affrontare le avversità, di adattarsi e di superare traumi, minacce o gravi stress. Essere resilienti non significa non provare disagio, dolore emotivo o difficoltà di fronte alle avversità (la morte di una persona cara, una grave malattia, la perdita del lavoro, problemi finanziari, ecc.). La resilienza si riferisce a un insieme di comportamenti e modi di pensare che chiunque può apprendere e sviluppare nell’ambito della propria formazione, vale a dire che può essere formata ed educabile (Robertson *et al.*, 2015).

L’interesse per la resilienza è stato altalenante nell’ultimo mezzo secolo, ma ora sta emergendo in molti campi di ricerca per molteplici ragioni. Uno di questi è l’allarme diffuso per le crescenti minacce derivanti da disastri naturali e tecnologici, pandemie, terrorismo e conflitti politici in tutto il mondo (Masten, 2014, 2021). In particolare è stata l’esperienza della pandemia globale (COVID-19), che ci ha fatto accorgere giorno dopo giorno che un atteggiamento di superamento e di resilienza di fronte a queste avversità aiuta a gestire e ad affrontare ogni situazione con maggiore positività. Inoltre, si è potuto osservare come l’approccio resiliente alle situazioni critiche può trarre vantaggio soprattutto dalle esperienze condotte in ambiti come le arti, lo spettacolo, la cultura e l’attività fisica (Cepero *et al.*, 2017).

Tuttavia, ad oggi, questi aspetti non sono stati ancora del tutto approfonditi dal punto di vista pedagogico e rispetto alle competenze che do-

vrebbero possedere quanti si occupano di promuovere la resilienza in quei soggetti che sperimentano vissuti particolarmente difficili.

L'arte, la musica, le performance sportive, se guidate da un'intenzionalità educativa, possono attivare la riflessione e l'auto riflessione a partire dall'individuazione delle principali emozioni scaturite dall'ascolto, dalla visione o dalla realizzazione di prodotti artistici, dall'espressione corporea e agonistica, e si configurano come esperienze immersive che consentono al soggetto di giungere ad una consapevolezza più profonda di sé ed individuare le "strategie" più adeguate per superare le avversità. Strategie che, vissute attivamente, sono il frutto di una conquista personale e pertanto destinate a durare nel tempo, acquisite. È solo a partire dalle riflessioni sui nostri vissuti di salute e di malattia, grazie ad un lavoro di comparazione su ciò che si verifica quando ci troviamo in una delle due condizioni, che possiamo mettere in atto comportamenti e strategie che rispondano alle nostre esigenze di ben-essere psicofisico. La pratica narrativa, in questo senso, ci consente di riflettere maggiormente su di noi, sul nostro mondo interiore, su quelle situazioni che spesso non prendiamo in considerazione perché troppo *proiettati fuori di noi*. Non si tratta di una operazione che coinvolge solo l'aspetto individuale perché è l'altro da noi, il gruppo, a consentire una maggiore presa di coscienza, soprattutto grazie agli scambi comunicativi e a quelli che Bruner definisce *prestiti narrativi*. Grazie alla condivisione dei propri vissuti di dolore e all'ascolto delle esperienze altrui si comprende, ad esempio, che la sofferenza è una condizione universale dell'umanità e così, anche se il dolore non si estinguerà del tutto, possiamo riuscire a riconoscervi un significato sostanziale, esplicativo dell'essere umano, e a non viverlo in solitudine.

Rispetto a questa ultima affermazione bisogna senz'altro specificare che non esiste un modello generale, astratto, valido per tutti di "essere resilienti": è un modo di essere legato alla storia individuale, alle modalità dei singoli di far fronte alle avversità, per essere definito in modo stabile e categorico. Ed è proprio per tale ragione che, ancora una volta, emerge l'importanza della narrazione autobiografica, che consente di coniugare l'universalità della condizione umana con i vissuti concreti che i soggetti esprimono. La narrazione autobiografica non corrisponde alla cronaca degli avvenimenti della propria vita: mentre ci si narra, si svolge un lavoro ermeneutico nel quale la revocazione del passato è funzionale alle esigenze del presente consentendo di stabilire un legame

tra la propria identità e le circostanze concrete nelle quali ci si trova in un determinato momento.

L'espressione autobiografica condivisa, infine, ci spinge a riflettere non soltanto su di noi come soggettività individuali ma come individui comunitari (Mounier, Maritain, Dewey) che vivono, agiscono, si formano e si trasformano grazie alle azioni messe in atto, ma anche alle relazioni intessute con gli altri, famiglia, amici, colleghi di lavoro da cui scaturiscono degli insegnamenti (sia in chiave positiva che in negativa) che ci fortificano, che ci insegnano il percorso da seguire, le strade da percorrere anche più volte, i sentieri da abbandonare. Seguendo le orme di coloro che consideriamo i nostri mentori della resilienza, (Garista, 2018). Sono loro infatti, ad illuminare la nostra strada, stando al nostro fianco, talora precedendoci, talaltra seguendoci, con discrezione, non solo dispensando consigli ma anche grazie ai silenzi che talvolta risultano essere più eloquenti di mille parole, mettendo in atto, come suggerisce Bruno Rossi, tutte quelle virtù pedagogiche che un educatore dovrebbe possedere, a partire dall'amore pedagogico, un amore maturo, che non soffoca, ma esalta i soggetti che si trovano all'interno di un contesto di cura, che li sorregge nell'appropriarsi maieuticamente del proprio essere più autentico, grazie all'ascolto, all'attenzione, alla comprensione, alla fiducia, al rispetto. È chiaro quindi, che,

I presupposti per una concreta cooperazione educativa sono da trovare soprattutto nell'autentica disposizione dell'io dell'educatore a incontrare e rispettare il tu dell'educando, ogni tu, a stupirsi delle sue caratteristiche uniche e singolari e ad impegnarsi per creare il suo bene seguendolo e accompagnandolo in un itinerario di emancipazione e autenticazione, senza fargli perdere identità e potere decisionale [...]. L'amore educativo implica la disposizione ad accordare all'altro la libertà di essere sé stesso e a fargli comprendere che il significato e il valore della sua esperienza dipendono unicamente da lui, ad andare incontro all'altro e ad accettarlo incondizionatamente valorizzando tutta la positività che è in lui, a far credito alla sua tensione perfettissima e alla sua eccellenza futura (2014, pp. 43-44).

Ciò detto, ci possono senz'altro essere alcuni elementi che più di altri favoriscono processi resilienti; tuttavia, non bisogna mai dimenticare l'ineludibilità dello spazio relazionale all'interno del quale prendono corpo le identità narrative, che diventano capaci di fronteggiare le avversità grazie alla potenza tras-formativa dell'ascolto e del confronto dialogante.

## Riferimenti bibliografici

- ACHENBACH G.B., *Il libro della quiete interiore. Trovare l'equilibrio in un mondo frenetico*, Apogeo, Milano 2005.
- BOLZONI A., *Oltre l'oralità*, in (a cura di) DEMETRIO D., *L'educatore (auto)biografo*. Unicopli, Milano 1999.
- BRUNER J.S., *La ricerca del significato*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- CAMBI F., *La pedagogia come sapere oggi: statuto epistemico e paradigma educativo*, «Studi sulla Formazione», 2, 2017, pp. 409-413.
- *Sulla filosofia critica di Edgar Morin*, «Studi sulla Formazione», 2, 2021, pp. 7-10.
- CEPERO GONZALES M., PADIAL RUIZ R., R. ZURITA ORTEGA, F., OLMO EXTREMERA M., OLMEDO MORENO E., (2017). *Validation of resilience scale (CD-RISC) in elite athletes through a structural equation model*, «Retos: Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte Y Recreación», (32), 96-100. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6352282>
- CYRULNIK B., *I brutti anatroccoli*, Frassinelli, Milano 2002.
- *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Frassinelli, Torino 2000.
- CRISCENTI A. *Le scienze umane, l'interdisciplinarietà, lo specifico pedagogico. Una questione ancora aperta*, «Studi sulla Formazione», 2, 2018, pp. 147-157.
- FORMENTI L., *La formazione autobiografica*, Guerini, Milano 1998.
- GAMBACORTI-PASSERINI M.B., *Quando la cura è palliativa. Riflessioni pedagogiche sull'incontro professionale col disagio esistenziale del fine vita*, «Medical Humanities & Medicina Narrativa», 2, 2020, pp. 43-58.
- GARISTA P., *Come canne di bambù. Farsi mentori della resilienza nel lavoro educativo*, FrancoAngeli, Milano 2018.
- GEMBILLO F., *La barbarie dello specialismo in medicina*, «Complessità» anno XVII, n. 2, luglio-dicembre 2022, pp. 138-152.
- GEMBILLO G., ALTAVILLA C. (a cura di), *Werner Heisenberg. Scienziato e filosofo*, Armando Siciliano Editore, Messina, 2002.
- JEDLOWSKI P., *Il sapere dell'esperienza. Fra l'abitudine e il dubbio*, Carocci, Milano 2008.
- MALAGUTI E. *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento 2005.

- *Educarsi in tempi di crisi. Resilienza, pedagogia speciale, processi inclusivi e intersezioni*, Aras Edizioni, Fano 2020.
- MASTEN A.S., *Resilience of children in disasters: A multisystem perspective*, International Journal of Psychology, 2021, vol. 56, n. 1, pp. 1-11.
- *Ordinary Magic. Resilience in development*, Guildford Press, New York 2014.
- MORIN E., *La via. Per l'avvenire dell'umanità*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
- *Il metodo. La natura della natura*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- MARINI M.G., *Medicina Narrativa. Colmare il divario tra Cure Basate sulle Evidenze e Humanitas Scientifica*, Edizioni Effedi, Alpignano, 2019.
- PAOLOZZI E., *La bioetica per decidere della nostra vita*, Marinotti, Milano, 2009.
- POTTER V.R., *Bioetica. Ponte verso il futuro*, Sicania, Messina, 2000.
- PRIGOGINE I, STENGERS I., *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*, Einaudi, Torino, 1999.
- ROBERTSON, I., COOPER, C.L., SARKAR, M. & CURRAN, T. *Resilience training in the workplace from 2003-2014: A systematic review*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2015
- ROSSI B., *Pedagogia della felicità*, FrancoAngeli, Milano, 2013.
- *Il lavoro educativo. Dieci virtù professionali*, Vita e Pensiero, Milano, 2014.
- SIRIGNANO F.M., *La formazione pedagogica*, Liguori, Napoli, 2019.
- VACCARELLI A., *Le prove della vita. Promuovere la resilienza nella relazione educativa*, FrancoAngeli, Milano, 2016.