

## Spirituale e professionale: un difficile incontro

Tiziano Vecchiato

### La dimensione spirituale è una dimensione umana

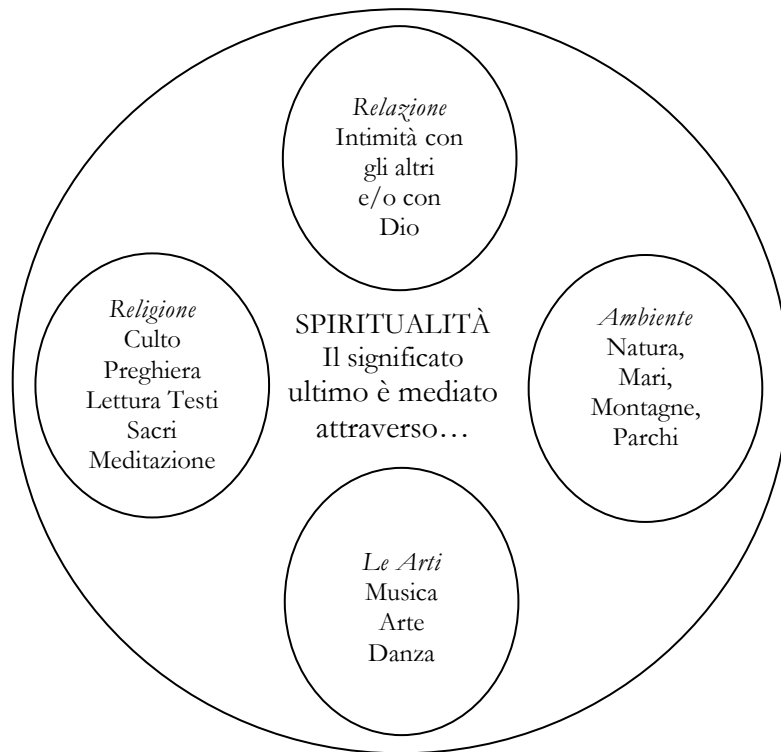
La dimensione spirituale caratterizza la vita e l'esperienza di ogni persona. Questo non significa che essa si manifesti con modalità generalizzabili, anzi è più facile osservare diverse modalità con cui essa si esprime, trova espressione originale, piuttosto che i tratti comuni, che potrebbero far pensare ai suoi caratteri generali, universali e quindi considerabili anche sul piano scientifico.

Spiritualità e religiosità

Ad esempio, la dimensione spirituale non va assimilata all'esperienza e alle opzioni religiose, che sono una componente fondamentale della spiritualità ma non la esauriscono. (Yates J.W. e altri, 1981; Ellison C.W., 1983; Reed P.G., 1987; Kuhn C., 1988; Kass J.D. e altri, 1991). Come propone MacKinlay (2001), la spiritualità può essere riconosciuta in diverse espressioni dell'esistenza, prima ancora di circoscriverla, definirla, cioè di tracciare i suoi confini e i suoi caratteri distintivi. Non a caso, per rappresentarne le principali dimensioni, MacKinlay utilizza una mappa di idee e concetti, piuttosto che una definizione in senso stretto (fig. 1). Normalmente si procede in questo modo (per

categorie residue) quando si trova difficoltà a ridurre in un concetto qualcosa che non sembra semplificabile.

Fig. 1 – Mappa delle principali dimensioni spirituali.



Fonte: MacKinlay E., 2006.

Come si vede, la mappa include nell'esperienza spirituale anche il senso profondo di azioni e relazioni, che normalmente fungono da mediatori e catalizzatori di senso e significato. Possono essere esperienze artistiche, legami, radici, risonanze interiori con l'ambiente, l'amicizia, sentimenti profondi, che nascono nella relazione quotidiana e temporale con gli altri e con l'altro da noi, la trascendenza. In questo senso si può dire che l'esperienza religiosa è anche, simbolicamente, un luogo di risonanza valoriale e spirituale.

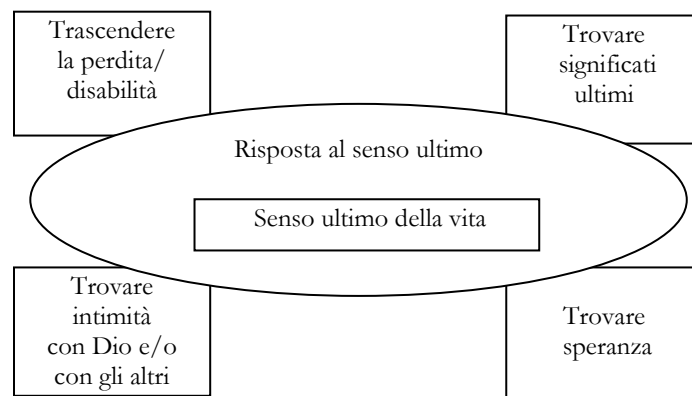
Il fatto stesso di riconoscerne la forza dovrebbe portare a forzare gli schemi tradizionali con cui la per-

Una sfera di significati che il solo approccio psicologico non è in grado di afferrare

sona viene professionalmente conosciuta e valutata nei servizi alle persone.

La domanda di globalità rivolta ai professionisti e ai servizi sollecita una ricerca olistica, cioè capace di considerare la persona non solo nel suo spazio di vita (ad esempio con un approccio ecologico), non solo nella sua storia (con approcci evolutivi e antropologici), ma anche nel suo mondo di significati, non necessariamente comprimibili nell'approccio psicologico. Nel 1992 un gruppo di ricerca composto da uno psichiatra, un religioso e altri operatori sanitari ha analizzato la dimensione valoriale e spirituale di pazienti affetti da una grave forma tumorale. Il confronto ha portato alla costruzione e condivisione di un linguaggio comune, interprofessionale, che ha facilitato il lavoro di cura (Holland J. C., 1998). Anche per questo MacKinlay (2001) suggerisce di guardare a questi problemi in modo dinamico, assumendo la logica dei processi vitali, per poterli meglio osservare e comprendere.

Fig. 2 – Forze spirituali in tensione nella fase finale della vita.



Fonte: Modificato da MacKinlay E., 2001.

Una risorsa terapeutica, ma non solo

La letteratura (Berman E. e altri, 2004; Déglise A., 2007; Lills J. e altri, 2008; Rezaei M. e altri, 2008) sui servizi alle persone guarda a questi problemi e a

queste dimensioni non da oggi, ad esempio ritenendo che la forza della spiritualità possa facilitare i percorsi di cura, possa attivare la persona, alimentare la speranza e comunque contrastare i rischi di rinuncia, depressione, incapacità di reagire a situazioni difficili, di grande sofferenza. Non è solo una questione di utilità (presente negli approcci funzionalisti) e sarebbe riduttivo fare della componente spirituale una «risorsa» terapeutica, evitando di entrare nel merito della sua specificità. Con l'età anziana aumentano le possibilità e i rischi di malattia, sofferenza, necessità di aiuto. La persona esprime, più facilmente che in altre fasi della vita, questa domanda, chiedendo che i bisogni spirituali abbiano dignità di considerazione, non solo sul piano etico ma anche su quello della relazione di aiuto. È più facile trovare contributi di studio e ricerca che riconoscano all'anziano questo bisogno e cerchino di dare ad esso risposta. Ma stanno emergendo indicazioni di ricerca che riguardano altre età della vita. Pecora (2008) lo evidenzia nei suoi studi sulle esperienze di separazione di bambini e ragazzi dalla propria famiglia.

**Non basta lasciare  
il compito ai  
ministri del culto**

Non basta quindi delegare il problema ai ministri del culto, ma è necessario assumerlo in quanto tale, anche all'interno delle scelte e delle responsabilità proprie delle professioni di aiuto e di cura.

## Il campo visivo dell'azione professionale

Il campo visivo dell'azione professionale si è sviluppato in modo coerente con l'evoluzione delle scienze umane e delle scienze della cura. Inizialmente il campo di analisi e osservazione era più selettivo. È ben rappresentato dall'evoluzione della medicina: medicina d'organo, di funzione, biomolecolare, biogenetica. Anche l'epistemologia ha accompagnato l'allargamento del campo di attenzione e decisione, fornendo legittimazione alle scelte tecniche, come esemplificato dalle associazioni successive.

Organo	→	Chirurgia
Funzione	→	Ricostruzione/sostituzione
Biomolecolare	→	Chimica e farmaceutica
Biogenetica	→	Attivazione e riattivazione <sup>1</sup>

Anche i paradigmi scientifici hanno seguito questo andamento, passando dalla centratura sull'oggetto (la malattia) alla centratura sul soggetto (portatore non solo di danno, ma anche di potenzialità e capacità), fino a interrogarsi sulle risorse emergenti dalla relazione (persona-persona e persona-ambiente).

Come sappiamo, per ora i determinanti genetici spiegano solo un terzo degli indici di efficacia affermati dalla scienza *evidence based* rispetto all'impatto, per ora meno conosciuto, dei determinanti relazionali e ambientali. Lo schema che abbiamo appena utilizzato può essere riletto nell'evoluzione dei paradigmi professionali di alcune scienze della cura, mediche, infermieristiche, psicologiche ecc. Ad esempio, in campo psicologico, le spiegazioni organiciste e neurologiche sono state compensate con spiegazioni e trattamenti associativi (psicoanalisi), con trattamenti di rinforzo motivazionale e/o comportamentale (psicoterapia), con specializzazione di funzioni, allargando la sfera dell'aiuto alla dimensione gruppale. Sempre più si è cercato di far leva sulle risorse emergenti dal campo delle relazioni e dalla loro forza rigenerativa. Holland e altri (1998) riconoscono la rete sociale come fattore che influenza l'andamento della malattia.

**Una fonte di energia ancora fuori dal campo visivo dei saperi professionali**

Ma è tuttora fuori dal campo visivo del sapere e delle tecniche professionali una delle fonti principali di energia e di forza personale (non solo ricostruttiva ma anche rigenerativa), quella che nasce dalle opzioni profonde della persona, oltre le scelte e le motivazioni. Il fatto che questo campo di conoscenza e di azione sia omesso, censurato o delegato ad altri (ministri di culto, ma anche maghi o altri facenti funzione di curanti dello spirito) non significa che non sia parte costitutiva della persona. Anzi, evidenzia il mancato sviluppo del-

<sup>1</sup> Valorizzando i potenziali rigenerativi.

la ricerca scientifica e professionale, finalizzato all'esplorazione di queste dimensioni e a quanto possono dare all'aiuto e alla cura.

Anche la sociologia ha seguito l'evoluzione tipica delle scienze umane e delle scienze della cura, basata sulla triade «struttura – funzione – relazione». La dimensione relazionale ha caratterizzato notevolmente gli sviluppi dell'interazionismo simbolico, fino alle più recenti analisi di natura fenomenologica, esistenziale e di significato dell'attuale condizione di vita quotidiana. Sul piano anche tecnico questo ha significato sviluppare modelli reticolari, ecologici, basati sulla diade persona e spazio di vita, dove problemi e potenzialità trovano composizione esplicativa e operativa soprattutto all'interno del rapporto duale. Opinioni più recenti vanno oltre questi paradigmi, senza negarli o confutarli, semplicemente rivendicando spazi ulteriori di teoria e di esplorazione. Tra questi, la teorizzazione centrata sulla relazione agapica, intesa come paradigma del legame di fraternità umana e quindi anche campo di studio non solo delle radici biologiche e culturali della fratellanza umana, ma anche dei fondamenti valoriali e spirituali che la rendono possibile. (Vecchiato T., 2007; Araújo V., 2007; Colasanto M., Iorio G., 2009) Anche per questo, ci mette a disposizione condizioni inedite, da meglio esplorare, per comprendere il rapporto di valore e responsabilità che sta alla base dell'agire agapico.

In questa riflessione, la dimensione valoriale e spirituale non è un valore aggiunto, un complemento, un predicato, ma un fattore costitutivo dell'azione umana e, per quanto qui ci riguarda, professionale.

Ridurlo o censurarlo equivale a disabilitare una componente vitale, necessaria e costitutiva dell'azione e quindi anche dell'aiuto possibile.

## Una prospettiva con insufficiente legittimazione scientifica

### Due tipi di oppositori

Le dimensioni valoriale e spirituale, pur considerate «di fatto» nel lavoro di quanti operano a servizio delle persone, non sono ancora abbastanza in considerazione. Non dispongono, infatti, di uno statuto più propriamente scientifico, che ne promuova cittadinanza culturale e liberi potenzialità intuitive, ma poco conosciute.

Le resistenze sono notevoli e paradossalmente nascono da esigenze contrapposte, che possiamo trovare in diversi schieramenti di pensiero: tra i cultori della laicità e tra i cultori della spiritualità. Nel primo caso, le resistenze sono espresse come minacce di intrusione nella sfera privata, nella propria libertà e autonomia. Anche se si afferma la legittimità dell'aiuto, evitando approcci paternalistici e manipolatori, sostanzialmente coerenti con il rapporto di potere che ogni professionista «esercita» nella relazione di aiuto, si enfatizza l'importanza di non soverchiare la volontà e l'autonomia delle scelte personali. Evidenzia inoltre le minacce all'autonomia personale, accettando il rischio di abbandonare la persona alla propria capacità/incapacità di perseguire il proprio bene.

Nel versante «spiritualista», si enfatizza il rischio di banalizzare, «reificare», le dimensioni e i sentimenti profondi che, proprio perché sono parte costitutiva della persona, non sono riducibili a semplificazioni, cioè a contenuti professionali da analizzare, misurare, riabilitare.

Si rivendica quindi, con ragioni diverse, la libertà e l'autonomia personale, difendendole da possibili intrusioni professionali, sostenendo che la sfera personale e spirituale è più profonda di quanto una professione possa «comprendere».

La disputa si sposta sulla legittimità dell'intrusione oltre le colonne d'Ercole del valoriale e dello spirituale

Tra questi due fuochi, la riflessione e la ricerca scientifica hanno trovato grandi difficoltà ad avventurarsi su questo terreno. Analogamente alle dispute in medicina sulla legittimità di intrusione nel corpo e nei suoi organi, oggi la disputa si sposta sulla legittimità dell'intrusione oltre le colonne d'Ercole del valoriale e spirituale, che culturalmente consideriamo «oltre» gli organi, gli apparati, le funzioni, le relazioni, i fattori di contesto sociorelazionale.

Una preoccupazione ragionevole è quella di non contaminare la dimensione valoriale e spirituale utilizzando nella relazione di aiuto, visto che la trascende. Possiamo chiederci se ci sono oggi condizioni per riconsiderare il problema, proporlo in modo diverso, proteggendolo da condizionamenti ideologici che, come sappiamo, sono stati un ostacolo ricorrente nella storia della ricerca scientifica. Se così fosse, la prospettiva di centralità della persona e di umanizzazione dei servizi potrebbe uscirne arricchita.

Un ulteriore ostacolo è la persistenza, quantomeno nelle culture di senso comune, della separazione tra anima e corpo, tra spiritualità e fisicità, tra interiorità e funzionalità. Nessuno oggi sosterebbe una visione dualistica della persona, perché la multidimensionalità e la complessità sono pane quotidiano dei nuovi statuti scientifici. Ma è normale che alla sfera spirituale accedano non solo i ministri del culto, ma anche alcune professioni (psicoterapeuti, psichiatri...) in quanto problema patologico e non per coltivare e facilitare processi vitali.

## Ragioni logiche ed epistemologiche

I paradigmi che orientano la riflessione e la pratica, non solo scientifica ma anche professionale, delle professioni di cura, si basano sul principio di non contraddizione, in particolare sulla capacità che esso ha di giustificare e validare le evidenze scientifiche praticate nelle scienze umane (Vecchiato T., 2007). Anche per questo in alcune di esse prevalgono approcci *evidence*



*based*, cioè fondati su tecniche di dimostrazione sperimentale.

In questo andamento opera una logica di tipo classico, che fonda i propri valori di verità sulla possibilità di replicare un fenomeno nelle stesse condizioni e con la stessa configurazione di variabili che descrivono il suo campo di variazione. Tutto questo è considerato non compatibile con le istanze proprie della «individualizzazione» e della personalizzazione. Ma entrambe attingono dalla sfera valoriale e spirituale ragioni e significati di esistenza.

**La confusione tra ente ed esistente**

Confondendo la natura di «ente» in quanto oggetto di studio e ricerca generalizzabile e di «esistente» in quanto percorso di esistenza e di vita, è apparentemente impossibile trovare soluzioni al problema. Ma entrambe le possibilità sono parti costitutive della natura umana, e non accessori di essa. Bisogna quindi imparare a praticare strategie di conoscenza, spiegazione e comprensione capaci di percorrere le strade della generalizzazione e della personalizzazione, senza confonderle, visto che entrambe appartengono allo statuto delle scienze della cura.

In quanto ente, la persona è osservabile e trattabile come un qualsiasi oggetto di conoscenza. In quanto esistente, la persona è un «non ente» per definizione, viva e vivente, quindi costitutivamente percorso vitale. Grazie a questa condizione, che è nello stesso tempo funzionale (quindi coerente ad esempio con l'approccio raccomandato dalla «Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute», Icf) ed esistenziale (come farebbe un approccio centrato sulla dimensione valoriale e spirituale), si possono meglio riconoscere i problemi dell'aiuto più «globale» senza ridurlo al «trattamento», anche eccellente, di singole parti, ancora confuse con il «tutto» della propria sfera di azione professionale.

Dobbiamo quindi chiederci, a livello teorico e operativo, come affrontare in modo complementare i problemi dell'ente e del vivente. Per fare questo, un modo è quello di proiettarsi «oltre» il principio di non contraddizione, portando la ricerca sulle condizioni e

Entra in gioco  
il principio di  
intenzionalità e  
responsabilità

sulle specificità che caratterizzano l'esperienza umana in termini che vanno dall'organico e dal funzionale fino al valoriale e spirituale.

In questo modo di impostare i problemi, entra in gioco il principio di responsabilità, dove i gradi di libertà (possibilità) variano in ragione delle capacità della persona. I paradigmi capaci di reggere questa sfida devono necessariamente soddisfare due esigenze:

- quelle della condizione di proprietà e funzioni predicative dell'oggetto (soggetto) considerato (l'ente);
- quelle della condizione di esistente, definito nei suoi caratteri originali, generativi dentro spazi di vita e di tempo.

Il formato epistemologico [ $a = \alpha(\epsilon_s, \epsilon_i)$ ] (Vecchiato T., 2007) evidenzia la doppia dimensione sopra descritta e chiede di affrontare i problemi connessi ad entrambe. In particolare, le questioni dei valori e della spiritualità possono trovare statuto proprio nella seconda parte della formula, responsabile, eticamente orientata al prendersi cura. Uno statuto di servizio alla persona così concepito non è ancora abbastanza definito e condiviso, a causa di una serie di problemi che hanno bloccato lo sviluppo delle scienze umane entro i confini tipici di « $\epsilon_{\text{saturo}}$ », cioè della conoscenza esplicativa e dimostrativa *evidence based* e non ancora *outcome based* (Vecchiato T., 2007).

Le ragioni a sostegno della tesi appena esposta sono molto presenti nell'evoluzione della riflessione logica ed epistemologica del Novecento e tutt'ora poco assimilate dalle scienze che da «umane» e «della salute» si esprimono poi operativamente sul fronte dei servizi alla persona. Ad esempio, Carnap in *Meaning and Necessity: A Study in Semantics and Modal Logic* (1947), associa valori di verità a mondi possibili: a fronte di tanti mondi possibili, la scelta valoriale e spirituale attualizza significati propri di ogni persona, da considerare in modo adeguato, se non si vuole operare contro natura e in modo illogico. Anche per questo, la logica modale ci invita a rendere meno schematici e più relativi gli universi di significato. Essa ha ispirato ad esempio percorsi di ricerca sui modelli probabilistici

e sui fondamenti delle scelte basate su opzioni di valore e può contribuire a meglio configurare la scienza della cura che si occupa di problemi che fanno «unica» e, al tempo stesso, «comune» e condivisibile, l'esperienza professionale di chi svolge il proprio lavoro «a servizio della persona».

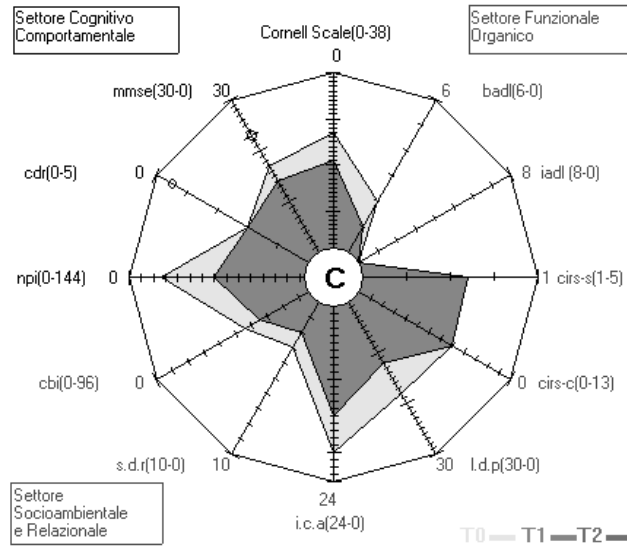
## La metodologia S-P può facilitare la ricerca in questa direzione

Lo sviluppo della metodologia S-P viene spesso esemplificato con lo «schema polare» – rappresentato nella fig. 3 – che, anche in termini grafici, mette a fuoco la persona, ne fa il proprio centro di gravità, e dispone «intorno» le conoscenze da mettere a servizio dell'aiuto e della cura. Evidenzia le limitazioni, le difficoltà, i danni, e, nello stesso tempo, le potenzialità, le risorse che la persona può esprimere, presenti e riconoscibili in lei e nel suo spazio di vita.

L'azione professionale e decisionale che si ispira a questa metodologia rende meglio visibili alle parti in gioco le scelte possibili, le risorse e le responsabilizzazioni su cui contare. Fino ad ora sono state considerate le dimensioni che vanno dall'organico, al funzionale, al cognitivo, al socioambientale e relazionale, cioè quelle che possono più facilmente essere generalizzate,  $[a = \alpha(\epsilon_s)]$ , omettendo di considerare la seconda parte  $[a = \alpha(\epsilon_i)]$ , che è insatura perché propria della persona e quindi non generalizzabile nello stesso modo e con la stessa logica di « $\epsilon_s$ ».

Malgrado questo limite, caratterizzante la prima fase del suo utilizzo, l'apertura tecnica alle dimensioni socioambientali e relazionali di S-P ha reso possibili notevoli incrementi di personalizzazione e di efficacia nel lavoro di cura, come evidenziato da numerosi studi sperimentali (Vecchiato T., Mazzini E. L. L., 2008) sulla base di indici di *outcome* misurati e verificati grazie al confronto tra gruppi sperimentali e di controllo (Vecchiato T., 2008).

Fig. 3 – S-P un metodo per la personalizzazione del lavoro di cura.



I risultati ottenuti grazie all'utilizzo di questa metodologia, vanno oltre la migliore capacità di valutare il bisogno, in quanto facilitano la valutazione di efficacia, con le persone implicate nei processi di cura e i loro familiari.

Aprire lo schema alla dimensione valoriale e spirituale per potenziare la capacità di aiuto

Anche per questo sono nate alcune domande. Ci siamo chiesti se non fosse necessario aprire lo schema alla dimensione valoriale e spirituale per potenziare la capacità di visione e di aiuto. Questo allargamento di visione e di paradigma consente già oggi di ottenere due risultati. Il primo è la rottura dell'isomorfismo di S-P grazie alla presenza di una dimensione che è, come abbiamo visto, costitutivamente diversa ( $\epsilon_s \neq \epsilon_i$ ). Questa apparente contraddizione (meglio definibile come tensione insita nel paradigma) pone all'attenzione professionale dimensioni inedite e non trattabili con le modalità conosciute dal lavoro di cura. Il secondo risultato è una spinta teorica e tecnica oltre l'intenzione originaria. Essa ha visto sviluppare lo schema polare verso la personalizzazione, ottenuta grazie ad una visione globale dei problemi e delle potenzialità, ma senza

riuscire a fare entrare pienamente in gioco quanto è fonte di senso e di scelta esistenziale della persona, a cui il rapporto di cura non può sottrarsi.

I lavori di ricerca condotti utilizzando la metodologia S-P basata su tre sottoinsiemi di osservazione e decisione ci mettono a disposizione due primi risultati: la facilità e maneggevolezza d'uso degli strumenti e la loro capacità di orientare (facilitare) il dialogo e l'incontro con la persona, senza che questo sia motivo di rigetto, ma, anzi, premessa per un rapporto di cura più globale e personalizzato.

Il fatto di allargare l'analisi ad una quarta area di azione e valutazione può ampliare non solo le possibilità di conoscenza ma anche quelle di aiuto, spostando in avanti la sfida non solo per la teorizzazione e la sperimentazione, ma anche per l'incontro tra le professioni di aiuto e di cura e le persone che ad esse chiedono aiuto.

## Riferimenti bibliografici

- Araújo V., *Social-One: origine e senso di una presenza culturale*, in «Studi Zancan» n. 3/2007.
- Berman E. e altri, *Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life and adherence*, in «American Journal of Kidney Diseases», n. 44/2004.
- Colasanto M., Iorio G. (2009), *Sette proposizioni sull'Hommo Agapicus*, in corso di pubblicazione su Nuova Umanità, n. 2/2009.
- Déglise A., *Des besoins spirituels à la quête de sens* in «Médecine Palliative», n. 6/2007.
- Ellison C.W., *Spiritual Well Being: conceptualization and measurement*, in «Journal of Psychology and Theology», n. 11/1983.
- Holland J.C. e altri, *A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness*, in «Psycho-Oncology», n. 7/1998.
- Kass J.D., Friedman R., Laserman J. e altri, *Research note: Health outcomes and a new index of spiritual experi-*

- ence, in «Journal for the Scientific Study of Religion», n. 30/1991.
- Kuhn C., *A spiritual inventory of the medically ill patient*, in «Psychiatric Medicine», n. 6/1998.
- Lills J. e altri, *Assessing spirituality/religiosity in the treatment environment: the treatment Spirituality/Religiosity Scale*, in «Journal of Substance Abuse Treatment», n. 35/2008.
- MacKinlay E.B. (2001), *The spiritual dimension of ageing*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- MacKinlay E.B. (2006), *Spiritual growth and care in the fourth age of life*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Pecora P. J. (2008), *La salute mentale nei ragazzi che hanno sperimentato l'affidamento negli Stati Uniti*, in Canali C., Vecchiato T. Whittaker J.K., *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, «Fondazione E. Zancan», Padova.
- Rezaei M. e altri, *Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy*, in «Complementary therapies in clinical practice», n. 14/2008.
- Reed P.G., *Spirituality and well being in terminally ill hospitalized adults*, in «Research Nursing and Health», n. 10/1987.
- Vecchiato T., *Paradigmi scientifici e intervento sociale*, in «Studi Zancan», n. 3/2007.
- Vecchiato T., *Efficacia e costi delle cure domiciliari basate su progetti personalizzati*, in «Giornale di gerontologia», n. 5/2008.
- Vecchiato T., Mazzini E. L. L. (a cura di) (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione «E. Zancan», Padova.
- Yates J.W., Chalmer B.J., St.James P. e altri, *Religion in patients with advanced cancer*, in «Medical and Pediatric Oncology», n. 9/1981.