

Etica, Salute & Famiglia

Periodico a cura del Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale
UCIPEM di Mantova e dell'Associazione Virgiliana di Bioetica
nuova edizione on-line

www.consultorioucipemmantova.it

Sommario°

EDITORIALE

- A difesa della vita

A. Savignano

PRIMO PIANO

- Io scelgo di vivere.

R. Bondavalli

- Fare un passo sul palco

P. Breviglieri

TESTIMONI

- Pietro Gamba, il medico dei campesinos

G. Zacchè

SPIRITUALITA'

- Il ruolo terapeutico del padre spirituale

E. Faglioni

IL POST DEL MESE

- I domani che non arrivano mai

E. Bosso

ANNO XXVIII, n.2

Marzo-Aprile 2024

Responsabili:

Gabrio Zacchè

Armando Savignano

Luisa Menini

A difesa della vita



Anche la Lombardia si appresta a prendere decisioni riguardanti il fine vita suscitando un vivace dibattito che tocca le coscienze prima degli schieramenti politici, anche se sovente si antepongono questi a quelle. La vita è una forza che ci sorprende anche quando sembra inutile ed insignificante. Infatti, la nascita di ogni bambino è simbolo di speranza, di apertura al futuro, di una progettualità che non è mai lecito spezzare. Essere aperti alla vita senza pregiudizi rappresenta infatti la vera rivoluzione in un'epoca contrassegnata dalla paura e dall'egoismo. La vita nei suoi tre momenti – nascita, durata e compimento – non va vista come una somma di questi tre momenti, come vuole il neo-utilitarismo, per il quale occorre considerare per ogni stadio il rapporto costi-benefici, sicché quando vivere costa più in termini economici e per la qualità di vita rispetto ai benefici, è preferibile morire o sopprimere la vita, bensì come un moltiplicatore di questi tre momenti. In quest'ultimo caso, moltiplicare significa non abolire nessuno dei vari momenti altrimenti la somma finale cambia. Ben diversamente avviene nell'addizione, in quanto un singolo momento può essere dannoso o superfluo ai fini del rapporto costi-benefici.

In un mondo dove tutto ha prezzo – si discute sovente del prezzo giusto ed equo di ogni cosa – vi sono valori come la vita che vale in e per se stessa, pertanto non ha prezzo, né è negoziabile. Dignità e non prezzo, perché la vita umana è degna di rispetto e l'uomo va considerato sempre come fine e mai semplicemente come un mezzo. Ciò rappresenta una svolta radicale rispetto a quanti – con sottili argomentazioni – difendono il così detto 'punto di vista totale' oppure, all'opposto, quello della 'priorità dell'esistenza' per

concludere che infine si equivalgono sicché la scelta in favore della vita è sempre condizionata da interessi e preferenze.

Senza la centralità della vita, nessun sviluppo è possibile. Ma la vita non è nostra, bensì noi siamo della vita. Certamente nel dramma dell'aborto si possono invocare, a buon diritto, tante cause e circostanze, ma è giunto il momento di rilevare che la donna non è totalmente libera quando abortisce, ma abortisce perché non è completamente libera. Occorre pertanto liberare la donna dai condizionamenti, non solo economici ed ambientali; a tal fine è necessario ed urgente un cambiamento di mentalità che non può prescindere dalla dimensione culturale e soprattutto educativa e solidaristica.

Per quanto riguarda il fine vita, occorre rilevare che la vita ha una sua dignità inalienabile. Bisogna ricordare che non è la libertà che costituisce la dignità dei nostri comportamenti, anche se oggi, nella nostra cultura sembrerebbe che sia così: l'agire liberamente viene identificato con l'agire con dignità. Non è però la libertà che dà dignità al comportamento umano. E' vero tuttavia che l'atto può essere degno della persona solo se è un atto umano, cioè libero. Ma non sempre è degno ciò che è libero; vi sono tanti comportamenti che sono liberi e non sono degni della persona, - né della persona su cui si agisce, né della persona che agisce. Esistono azioni libere indegne della persona umana. Occorre discriminare tra vite degne e non degne di essere vissute? Bisogna evitare di cadere in un'antropologia dualista, spesso presente in coloro che difendono l'eutanasia. Tipica è infatti l'espressione: "Ormai è solamente una vita biologica, non c'è più vita personale, è un vegetale". E' anche frequente la distinzione radicale tra "vita biologica" e "vita biografica", considerando la seconda come l'unica che dia senso alla esistenza della persona, e la prima come qualcosa di sub-umano. In realtà anche una persona che si trova in 'in stato vegetativo persistente' è persona degna di rispetto; altrimenti non vi sarebbe la necessità di chiedersi se si deve o meno procurare la sua morte degna. La persona è un'unità: non c'è mai un corpo umano che sia solo una specie di vegetale, un fenomeno biologico vivente, senza che sia il corpo di un io, di una persona, altrimenti si cade in una visione dualistica. In questo senso bisogna affermare che la vita biologica di un individuo umano è sempre vita umana, e forma parte sempre della sua vita biografica. Ecco perché è necessario sostenere l'identità biologica, ontologica, morale e giuridica della persona.

Armando Savignano

[*Torna al sommario*](#)

Io scelgo di vivere. La prevenzione del suicidio



Domande per lo psicologo Roberto Bondavalli:

1. Quali sono le principali cause psicologiche che possono portare una persona al suicidio?
2. Come riconoscere i segnali di allarme di una persona che potrebbe essere a rischio di suicidio?
3. Quali sono le strategie terapeutiche più efficaci per aiutare le persone a superare il desiderio suicida?
4. Quali sono le sfide più comuni nel trattamento delle persone con pensieri suicidi?
5. In che modo la terapia può contribuire a prevenire il suicidio?



1° risposta

Il comportamento suicidario comprende quanto segue:

Il suicidio compiuto: un atto intenzionale di autolesionismo che ha portato al decesso.

Il tentato suicidio: un atto di autolesionismo che voleva portare al decesso, ma non l'ha fatto. Un tentato suicidio può o meno comportare lesioni.

L'ideazione suicida: pensieri, pianificazione e atti preparatori relativi al suicidio.

L'autolesionismo non suicidario è un atto di autolesionismo che non mira a causare il decesso.

In tutto il mondo, quasi 800.000 persone si suicidano ogni anno.

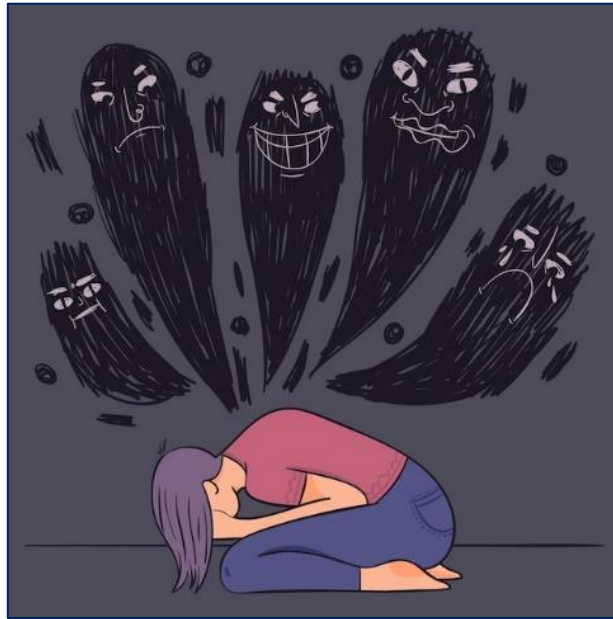
Negli Stati Uniti, il suicidio è la seconda causa principale di decesso tra le persone tra i 10 e i 34 anni. Le evidenze suggeriscono che per ogni persona che muore suicida, vi sono molte più persone che tentano il suicidio. In media, si verificano circa 132 suicidi al giorno.

Circa una persona su sei di quelle che si sono uccise lascia una lettera di suicidio, che talvolta fornisce indizi sul motivo. Tra i motivi si annoverano le malattie mentali, le sensazioni di disperazione, la sensazione di essere un peso per gli altri e l'incapacità di affrontare diversi stress della vita.

La ricerca ha dimostrato che molte persone che compiono il suicidio, al momento del decesso presentavano molteplici fattori di rischio. Circa l'85-95% delle morti per suicidio si verificano in persone con una malattia mentale diagnosticabile al momento della loro morte.

Il fattore più comune che contribuisce al comportamento suicidario è la **depressione**.

La depressione, inclusa quella che rientra nel disturbo bipolare, è coinvolta in oltre il 50% dei tentativi di suicidio e in una percentuale anche maggiore di suicidi compiuti. La depressione può manifestarsi all'improvviso, essere scatenata da una recente perdita o da un altro evento stressante, oppure essere dovuta a una combinazione di fattori. Nei soggetti con depressione, problemi coniugali, un arresto recente o problemi con la legge, nonché da storie d'amore infelici o concluse, litigi con i genitori o bullismo (nel caso degli adolescenti) o perdita recente di una persona cara (soprattutto nel caso di soggetti anziani) possono scatenare un tentativo di suicidio. Il rischio di suicidio è maggiore se il soggetto depresso è anche affetto da grave ansia.



Le patologie mediche, specialmente quelle dolorose e croniche, contribuiscono a circa il 20% dei suicidi compiuti nelle persone anziane. Anche patologie mediche recentemente diagnosticate, come il diabete, la sclerosi multipla, i tumori e le infezioni, possono aumentare il rischio di suicidio. Alcune malattie, come l'AIDS, l'epilessia del lobo temporale e le lesioni craniche, possono influenzare direttamente il funzionamento cerebrale e, di conseguenza, aumentano il rischio di suicidio.

Le esperienze infantili traumatiche, tra cui soprattutto l'abuso fisico e sessuale, aumentano il rischio di tentato suicidio.

La depressione può essere aggravata dall'alcol che, a sua volta, rende più probabile un comportamento suicidario. L'alcol inoltre riduce l'autocontrollo e aumenta l'impulsività. Il 30% circa delle persone che tentano il suicidio beve alcol prima del tentativo e circa la metà risulta intossicata in quel momento. Dato che l'uso di alcol, in particolare dopo un'ubriacatura, causa spesso un profondo senso di rimorso durante i periodi di astensione, i soggetti che abusano di alcol sono a rischio maggiore di suicidio.

Anche quasi tutte le altre malattie mentali pongono i soggetti a rischio di suicidio.

Le persone affette da schizofrenia o altri disturbi psicotici potrebbero avere deliri (convinzioni false stabili) che non riescono a gestire, oppure potrebbero sentire voci (allucinazioni uditive) che ordinano loro di uccidersi. Inoltre, le persone affette da schizofrenia tendono alla depressione. Di conseguenza, il tasso di morte per suicidio in questi soggetti è molto superiore (10%) rispetto a quello della popolazione generale.

Anche i soggetti con disturbo borderline della personalità o con disturbo antisociale della personalità, specialmente quelli con trascorsi di impulsività, aggressività o comportamento violento, presentano un rischio maggiore di suicidio. I soggetti con questi disturbi della personalità tendono ad avere una minore tolleranza alla frustrazione e a reagire impetuosamente allo stress, il che talvolta conduce all'autolesionismo o a comportamenti aggressivi.

L'isolamento aumenta il rischio di comportamento suicidario. Le persone separate, divorziate o vedove hanno maggiori probabilità di portare a termine il suicidio. Il suicidio è meno frequente nelle persone con una relazione stabile, rispetto alle persone single.

Fattori di rischio per il comportamento suicidario

- Comportamento aggressivo o impulsivo
- Essere un indiano americano, un nativo dell'Alaska o di sesso maschile
- Lutto o perdita
- Bullismo (per esempio, cyberbullismo, rigetto sociale, discriminazione, umiliazione, disonore)
- Depressione (specialmente se accompagnata da ansia, come parte del disturbo bipolare, o associata a un recente ricovero ospedaliero) e altri disturbi mentali
- Disturbi da uso di sostanze o alcol
- Sensazioni di tristezza o disperazione (quando persistenti)
- Stress finanziario dovuto a crisi economiche, debiti o disoccupazione
- Vivere da soli
- Patologie mediche, soprattutto quelle dolorose o invalidanti, o che interessano il cervello
- Conflitti relazionali
- Suicidio, compresi l'attuale ossessione per il suicidio, i piani debitamente definiti per realizzarlo, l'anamnesi familiare di suicidio e/o precedenti tentativi
- Esperienze infantili traumatiche, tra cui l'abuso fisico o sessuale
- Interruzione del lavoro (ad esempio la disoccupazione) e periodi di transizione (per esempio il passaggio dal periodo lavorativo al pensionamento)

Gli antidepressivi e il rischio di suicidio

Il rischio di tentato suicidio è maggiore nel mese che precede il trattamento con antidepressivi, mentre il rischio di decesso per suicidio non è più alto dopo l'avvio del trattamento con antidepressivi.

Tuttavia, gli antidepressivi talvolta aumentano leggermente la frequenza dei pensieri e dei tentativi di suicidio (ma non dei suicidi compiuti) nei bambini, negli adolescenti e nei giovani. Pertanto, i genitori di bambini e adolescenti devono essere avvertiti di questo rischio e i bambini e gli adolescenti devono essere attentamente monitorati, specialmente durante le prime settimane dopo l'inizio dell'assunzione del farmaco, per i seguenti effetti collaterali: aumento dell'ansia, agitazione, irritabilità, rabbia.

Un altro importante effetto collaterale a cui fare attenzione è il passaggio all'ipomania (quando le persone si sentono piene di energia e allegre, ma spesso si irritano facilmente e sono distratte e agitate).

2° risposta: come riconoscere i segnali d'allarme di una persona a rischio

Sebbene alcuni suicidi tentati o compiuti avvengano in maniera imprevedibile per i familiari e gli amici, nella maggior parte dei casi sono presenti dei segnali. I segni di sofferenza o i pensieri suicidari da ricercare includono qualsiasi variazione degli schemi di comportamento abituale del soggetto, come alterazioni dell'umore, del comportamento, del sonno o dell'energia. Poiché la maggior parte dei soggetti spesso non parla direttamente dei propri pensieri e della propria sofferenza, è importante notare quando ciò che le persone affermano suggerisce la presenza di sensazioni di disperazione, sopraffazione, intrappolamento o di essere un peso per gli altri. Le variazioni del comportamento includono l'astinenza dalle normali attività, l'agitazione, gli improvvisi episodi di collera, l'irritabilità, un uso di alcol o farmaci superiore a quello abituale o altri comportamenti strani come il dire addio o il regalare le proprie cose. Qualsiasi accenno a pensieri suicidi, anche in modo scherzoso, e ovviamente qualsiasi tentativo di suicidio devono essere presi sul serio.

- Pensieri di morte,
- umore depresso,
- cambiamenti di comportamento o di umore repentini,
- alterazioni delle abitudini,
- aspetto esteriore trascurato,
- isolamento individuale e sociale,
- aumento del consumo di alcool e droghe,
- autolesionismo,
- storie di traumi e abusi o suicidi di familiari,
- precedenti tentativi di suicidio,

- tendenze impulsive e/o aggressive,
- perdita di lavoro o di ingenti quantità di denaro,
- mancanza di relazioni sociali,
- facile accesso ad armi,
- mancato accesso alle cure.



3° risposta: strategie terapeutiche per superare il desiderio suicida

Obiettivi delle strategie terapeutiche

- Ridurre i comportamenti di agitazione e impulsività;
- offrire una presenza empatica e consapevole;
- ristrutturare il senso di *Hopelessness* (disperazione);
- indagare, chiedere, fare domande dirette per conoscere i pensieri, piani o tentativi di suicidio del passato, per fare previsioni del futuro;
- coinvolgimento dei familiari o conoscenti per garantire un'assistenza.

4° risposta: Quali sono le sfide più comuni nel trattamento delle persone con pensieri suicidi?

Al di là delle condizioni obiettive esterne, i pensieri suicidi sono un prodotto di molteplici fattori:

- a) temperamento di base;
- b) disfunzioni cognitive (idee irrazionali);
- c) memetica valoriale (ciò che conta nella vita, il senso)

5° risposta: In che modo la terapia può contribuire a prevenire?

- a) educazione,
- b) formazione,
- c) aretalogia
- d) axiologia (filosofia dei valori)

All'inizio del 2013, il sito web ufficiale del Ministero della Difesa degli Stati Uniti ha annunciato la sorprendente statistica che il numero dei militari suicidi nel 2012 aveva di molto superato il totale di coloro che erano morti in battaglia, una media di circa uno al giorno. Un mese dopo è arrivata un'altra sorprendente statistica dal Ministero degli Affari dei Veterani degli Stati Uniti: il suicidio dei veterani era intorno ai 22 al giorno, circa 8000 all'anno. La situazione è diventata così terribile che il Segretario della Difesa statunitense ha definito i suicidi nelle forze armate una "epidemia".

Alcuni hanno sostenuto che questa ondata di autolesionismo è dovuta allo stress della guerra. Ma i fatti rivelano che l'85% dei militari che si sono tolti la vita non erano stati in combattimento e che il 52% non era nemmeno mai stato inviato in aree belliche.

Roberto Bondavalli
Psicologo- Psicoterapeuta

[Torna al sommario](#)

Fare un passo sul palco: il ruolo dell'esperienza teatrale nell' aiuto psicologico



Cara Anna,

vorrei commentare il lavoro che abbiamo svolto con un gruppo di ragazzi utilizzando, con la collaborazione di alcuni esperti, l'espressione teatrale. L'esperienza che stiamo conducendo consiste nel proporre ad una diversificata tipologia di adolescenti provenienti dai nostri servizi (Consultorio, Neuropsichiatria, Comunità Educativa) un'esperienza di confronto su temi che riguardano la loro vita relazionale ed emotiva inserito in un'attività di animazione teatrale. L'obiettivo è anche quello, al termine di questo percorso, di realizzare un vero e proprio spettacolo multimediale in cui esprimere i contenuti elaborati e raccolti dal gruppo.

Quello che oggi volevo evidenziare e considerare con te è proprio la peculiarità e la potenzialità che ha il fare teatro nella dinamica terapeutica. Partirò, in questa considerazione, dal primo input che ha dato il nostro conduttore teatrale quando ha spiegato ai ragazzi, disposti in cerchio e in piedi, che avrebbero dovuto fare "un passo in avanti" per salire su un palco immaginario e su questo palco avrebbero potuto essere diversi e completamente sganciati dalla loro realtà quotidiana e consueta. Questo aspetto cruciale di distinzione tra il reale e il "come se" permette ai partecipanti di esplorare uno spazio di esperienze nuove particolarmente significative. Il nostro pensiero e il nostro assetto mentale è infatti spesso assorbito dalla gestione della realtà con tutti i suoi problemi o vincoli; questo orientamento, che è assolutamente adattivo, può tuttavia risultare limitante quando ci impedisce di fruire di una dimensione creativa e potenziale nella quale sperimentare nuovi modi di essere e di percepire il mondo. La componente di libera espressione è tipica del gioco, della creazione artistica, della fantasia, dell'invenzione e naturalmente della rappresentazione scenica e teatrale.



Nell'incontro che abbiamo svolto, abbiamo potuto osservare che alcuni ragazzi hanno fatto inizialmente fatica a liberarsi da un loro habitus comportamentale e gestuale; nei giochi di simulazione o di invenzione hanno mostrato una iniziale chiusura e rigidità. Una ragazza partecipante, ad esempio, era molto frenata nel muoversi nello spazio scenico e faceva fatica a variare i suoi gesti espressivi in un'attività di improvvisazione. Queste difficoltà che abbiamo percepito sono tuttavia degli indicatori di un ambito di trasformazione e di rafforzamento che può essere estremamente prezioso e che può trovare la sua "palestra di esercizio" proprio nel contesto della simulazione teatrale. Quello che, infatti, la simulazione teatrale può favorire è una sorta di rilancio psicologico della persona in un contesto libero e giocoso in cui in una certa misura si può essere diversi da quello che si era fino a pochi istanti prima.

Questa nuova possibilità di essere fa lentamente breccia nell'esperienza dei partecipanti e contribuisce a immettere in loro un principio di flessibilità psichica veramente vitale: è come se si sviluppasse dentro il soggetto il messaggio "posso anche essere diverso", "posso muovermi ed agire con uno stile nuovo", "posso assumere un ruolo, posso assomigliare a, posso far finta di". "posso mettermi nei panni di" e soprattutto "posso sottrarmi all'idea che devo essere solo in un modo per essere adeguato". Quest'ultimo aspetto che consiste nel proporre un'esperienza in cui non vi è un giudizio o un dover essere a cui uniformarsi è un altro elemento fondamentale della situazione che abbiamo realizzato.

Quasi sempre infatti ci muoviamo in un contesto in cui abbiamo uno standard esterno e interno a noi stessi, un occhio che ci giudica, un giusto o uno sbagliato a cui riferirci. Nel teatro di improvvisazione invece non esiste niente di tutto ciò, anzi succede molto spesso l'esatto contrario: quello che si fa casualmente o che sembra banale, viene ripreso e valorizzato e può divenire un gesto scenico molto importante. In più occasioni è stato ripetuto ai partecipanti che qualsiasi espressione poteva essere interessante,

qualsiasi gesto poteva avere una sua teatralità. Cito a questo proposito un altro tassello della nostra ultima seduta di gruppo: una ragazza molto timida ha fatto una pausa molto particolare prima di dire il proprio nome, questo gesto che poteva rappresentare una sorta di “oggetto di scarto” nella performance è stato invece ripreso come molto espressivo e comunicativo proprio di un lato della personalità della ragazza stessa. Da gesto involontario difensivo è divenuto un gesto volontario dichiarativo ed espressivo.

Un ulteriore aspetto di rilevanza di questa attività che potremmo definire psico-teatrale è naturalmente il coinvolgimento del corpo e del movimento. Abbiamo notato come i ragazzi siano abbastanza abituati in fondo a sedersi in cerchio a parlare e a confrontarsi, la messa in gioco del corpo invece ha trovato alcuni imbarazzi e maggiori impacci. Questo ci mostra in modo ancora più evidente, nonostante la grande enfasi data al corpo nella nostra società (o forse in ragione proprio di quest'enfasi che diviene anche uno standard performativo), come sia necessario includere i corpi nei nostri percorsi terapeutici o educativi.

E' il corpo infatti che racchiude il nucleo della nostra identità, del nostro senso di sicurezza e di fiducia nella relazione, per questo è molto plausibile che agire per potenziare questa dimensione di auto consapevolezza e di sperimentazione corporea ed espressiva possa risultare preventivo e curativo rispetto a molte fragilità che i giovani sperimentano. Pensiamo ad esempio a come il corpo sia poco considerato a scuola, nella vita online e anche nei contesti psicoterapeutici in cui ci si affida quasi esclusivamente alla mediazione della parola.



In sintesi credo che abbiamo verificato anche in questa attività, resa possibile grazie alla conduzione esperta e sensibile degli operatori teatrali della cooperativa Zero Beat, come per predisporre percorsi di cura, di prevenzione e di sostegno rivolti in particolare

ai giovani, possiamo utilmente includere interventi di stampo creativo teatrale. Queste attività hanno la potenzialità di far sperimentare ai ragazzi diversi aspetti cruciali ed evolutivi:

1. invitano il soggetto a provare modalità gestuali ed emotive alternative a quelle da lui abituali, in una modalità mentale “come se”, potenziando la sua flessibilità e disponibilità a guardare una certa esperienza da più prospettive e punti di vista;
2. sollecitano le capacità empatiche e di attenzione e rispetto verso l’altro;
3. rinforzano l'esperienza di poter vivere senza essere obbligatoriamente soggetti ad un giudizio interno od esterno;
4. coinvolgono il corpo in tutte le sue espressioni e movimenti, aumentando l’auto consapevolezza di esso;
5. rinforzano il senso di accettazione di sé attraverso un reciproco riconoscimento e la coesione del gruppo;
6. attenuano le distanze tra operatori e utenti, permettendo di creare un clima familiare, di reciproca conoscenza ed “esposizione personale”.

Concludo questa breve riflessione con una bella poesia di Jacob Levi Moreno, il padre dello psicodramma e dell’uso di questa tecnica in ambito psicoterapeutico.

*Un incontro di due
occhi negli occhi, volto nel volto.
E quando tu sarai vicino
io coglierò i tuoi occhi
e li metterò al posto dei miei
e tu coglierai i miei occhi
e li metterai al posto dei tuoi,
allora io ti guarderò coi tuoi occhi
e tu mi guarderai coi miei.*

Paolo Breviglieri
Psicologo psicoterapeuta

[Torna al sommario](#)

Pietro Gamba, il medico dei campesinos



Pietro Gamba, bergamasco, classe 1952. A 23 anni, in alternativa al servizio di leva, lascia il lavoro di perito meccanico e si reca volontario in Bolivia, nel distretto di Cochabamba, una regione a 3800 metri di altitudine. Per due anni vive con i *campesinos*, contadini poverissimi e privi di assistenza sanitaria, condividendo la loro vita quotidiana. A causa di una epidemia di morbillo che nemmeno i *curanderos*, guaritori sciamani, possono risolvere, si

rende conto che senza una specifica professionalità non può essere di aiuto.

Torna in Italia, si iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova e con l'aiuto del Cuamm (Collegio universitario aspiranti medici missionari) si laurea. Nel 1985 ritorna in Bolivia, nella stessa regione, ad Anzaldo. Il luogo non è dotato di nessuna struttura sanitaria, è privo d'elettricità e di acqua potabile, ma è un punto nevralgico di transito per i miseri commerci degli indios. Qui, colui che i contadini chiamano *El gringo loco* (lo straniero matto), si sposa con la boliviana Margarita Torrez, dottoressa in biochimica. ed ha quattro figli, l'ultima cardiopatica e affetta da trisomia 21. Realizza un ospedale con il sostegno di una Fondazione (www.pietrogambaonlus.org), 13 letti, due sale operatorie, servizi di endoscopia, radiologia, farmacia, ecc.

E' continuo il suo aggiornamento sia in Italia che in America Latina, in particolare sulle tecniche anestesilogiche e chirurgiche, che lo portano ad eseguire interventi anche specialistici, ad esempio sul labbro leporino e sullo strabismo. Oggi, grazie alla presenza di tre medici e quattro infermieri, vengono visitati circa 4000 pazienti ogni anno.

Gabrio Zacchè

[Torna al sommario](#)

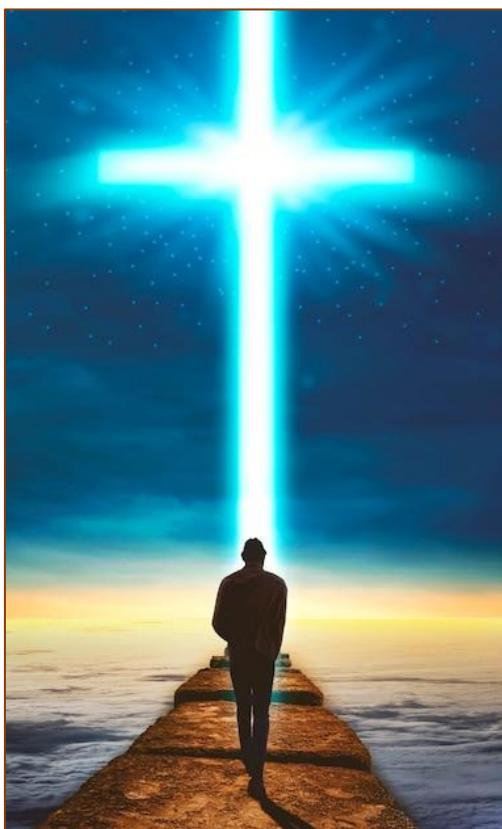
Il ruolo terapeutico del padre spirituale

1°. Le dinamiche del processo: verso dove indirizzare il colloquio?

Con quali strumenti?

Introduzione

Il discernimento può essere definito in prima approssimazione come la qualità dell'animo che consente di riconoscere in ogni circostanza quello che conviene fare e consente prima ancora di scorgere in ogni circostanza che conviene fare qualcosa, che si può e si deve prendere una decisione, che le diverse situazioni in cui ci troviamo, ci ricordano, ci interpellano e ci invitano a prenderne parte e non ci respingono nella situazione fin troppo comoda di coloro che sono sempre e soltanto spettatori. Il discernimento ha a che fare con il normale processo della vita. Davanti alle varie situazioni prendere una strada o un'altra diversamente si rinuncia a vivere e si rimane spettatori.



Giovanni Climaco: discernimento e grado di avanzamento nella vita: il discernimento nei principianti è una conoscenza autentica di sé stessi, in coloro che sono a metà del cammino è un senso spirituale che distingue infallibilmente il bene autentico da quello naturale e dal suo contrario, nei perfetti è una scienza infusa per divina illuminazione che è in grado di illuminare con il proprio lume anche ciò che negli altri rimane coperto

dalle tenebre. Forse più in generale si definisce ed è discernimento la comprensione sicura della volontà di Dio in ogni tempo, luogo e circostanza che è presente solo in chi è puro di cuore, di corpo e di parola. Il discernimento è una coscienza senza macchia e una sensibilità pura. Conoscenza di sé, conoscenza del bene e del vero bene, e infine conoscenza di Dio e della sua volontà. Secondo un processo che investe ambiti sempre più ampi dell'esperienza umana, il se, il bene e Dio nella sua volontà.

L'Anziano è un Padre spirituale. Vuol dire che le relazioni dell'Anziano con colui che egli guida non assumono la forma del maestro con il discepolo, ma quella di un padre con il figlio. Queste relazioni hanno il loro archetipo in quelle del Padre celeste con gli uomini che sono suoi figli per adozione, del "Padre dal quale ogni famiglia in cielo e sulla terra si denomina" (*Ef 3, 14-15*). Ciò significa che la relazione che unisce il Padre spirituale al figlio spirituale è una relazione d'amore mutuo. Ciò vuol dire, altresì, che la funzione del Padre spirituale non si limita ad essere, come quella di un maestro, una funzione d'insegnamento. Il Padre spirituale, come indica il nome, ha il compito essenziale di generare spiritualmente suo figlio, di farlo "nascere dall'alto", e di aiutarlo a crescere fino a quando raggiunga la statura di uomo adulto in Cristo, come indica l'Apostolo Paolo ai propri figli spirituali: "Figli miei, per i quali soffro di nuovo le doglie del parto, fino a che Cristo non sia formato in voi" (*Gal 4, 19*). La sua funzione non è dunque speculativa, ma concreta.

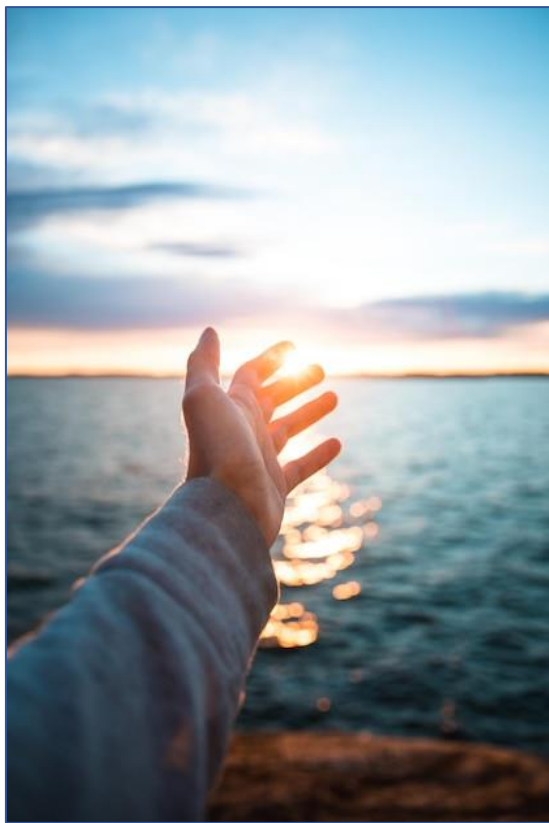
Questo ruolo fattivo si manifesta anche nelle cure concrete che egli rivolge al suo figlio che va da lui in stato di malattia in vista di ottenere la guarigione. Infatti, se il Padre spirituale è una guida, non lo sarà nel dare indicazioni astratte. Egli non mostra il buon cammino su una carta: ma fa il cammino in compagnia di suo figlio, portandolo sulle spalle, e lo aiuta concretamente a non allontanarsi dalla via diritta, a discernere e superare gli ostacoli, a percorrere fino alla fine le diverse tappe. Ora i principali ostacoli del progresso spirituale sono costituiti dalle passioni, che sono altrettante malattie spirituali. Ecco perché il ruolo del Padre spirituale, nell'aiutare la persona colpita da tali malattie a liberarsene, assume fondamentalmente un carattere terapeutico. L'esercizio della paternità spirituale è così, molto spesso, assimilato dai Padri a una medicina delle anime analoga alla medicina del corpo. Per questo, frequentemente, nei testi ascetici il Padre spirituale è chiamato "medico spirituale" o semplicemente "medico", oppure il contesto lo fa esplicitamente apparire come tale. Sant'Atanasio d'Alessandria dice che Sant'Antonio Abate "era veramente stimato come medico in Egitto". Abba Antonio afferma che: "Gli antichi padri sono andati nel deserto e sono stati guariti; sono divenuti medici e, chinandosi sugli altri, li hanno guariti. San Giovanni Crisostomo osserva che il monaco esperto "arriverà a guarire completamente" colui che va da lui. San Gregorio Nazianzeno parla dei sacerdoti che esercitano l'ufficio di Padri spirituali come di "coloro ai quali è stato affidato l'esercizio della medicina", e dice inoltre: "Di questa medicina [spirituale] noi siamo [noi sacerdoti] i servi e i collaboratori".



Curare e guidare spiritualmente altri uomini non è cosa facile. La complessità dell'anima umana, la sua stessa natura, l'altezza del fine da raggiungere, il carattere molto spesso nascosto e impercettibile all'esterno delle realtà spirituali in causa, nonché la natura particolare del combattimento da condurre contro avversari temibili e invisibili, sono altrettante ragioni per le quali la medicina spirituale è un'arte ben più difficile della medicina del corpo, come sottolinea san Gregorio Nazianzeno: "In verità, mi sembra che quest'arte delle arti e scienza delle scienze sia quella di condurre l'essere umano, che è il più diverso e il più complesso degli esseri. Si può comprendere facilmente se si stabilisce un parallelo tra la medicina delle anime e la terapia dei corpi. Più ci si rende conto di quanto vi sia di laborioso in quest'ultima, più il raffronto fa apparire quanto la medicina che noi praticiamo richieda molto lavoro, e quanto più questa sia preziosa, a motivo della natura dell'oggetto cui fa riferimento, delle risorse della scienza che implica e del fine verso cui mira l'energia impiegata. Nel primo caso, ci si preoccupa del corpo, cioè di una materia deperibile il cui flusso corre via, materia chiamata in ogni modo a disfarsi e a subire la sua condizione.

La difficoltà del compito fa sì che siano molto rari coloro che sono in grado di esercitarla, anche se molti se ne credono capaci, tanto grandi sono i rischi di illusione al riguardo anche molto tempo dopo che si è raggiunta l'impassibilità. E' per questo che necessariamente si riscontrano in quest'ambito "molti ingannatori e falsi maestri".

Per essere guide e terapeuti spirituali autentici, è indispensabile avere la conoscenza di "sane dottrine", cioè essere perfettamente ortodossi, ed essere fedeli, nella pratica terapeutica, all'insegnamento degli antichi Padri.



Questo, tuttavia, non può bastare. E' importante, inoltre, che il Padre spirituale non solo conduca una vita conforme ai suoi insegnamenti, ma che egli abbia anche esperienza. E' per questo motivo che san Simeone il Nuovo Teologo avverte: "Non affidarti a un maestro inesperto".

Occorre che il Padre spirituale abbia percorso tutto il cammino che egli ha il compito di aiutare i suoi figli spirituali a percorrere. Occorre che egli stesso abbia eluso le trappole e superato gli ostacoli che si presenteranno sul loro cammino, occorre che egli abbia subito vittoriosamente tutte le prove attraverso le quali essi dovranno passare, perché, ad immagine del Cristo, "per il fatto che ha sofferto e che è stato provato" il Padre spirituale "è capace di soccorrere quelli che sono tentati" (*cfr. Eb 2, 18*).

Bisogna che egli abbia messo ordine nella propria casa prima di pretendere di riordinare quella degli altri, come suggerisce l'Apostolo: "Se uno non sa governare la propria famiglia come potrà aver cura della Chiesa di Dio" (*1Tm 3, 5*). E' necessario che abbia acquistato egli stesso tutte le virtù e le qualità che i suoi figli spirituali devono acquistare. In altri termini, occorre che il medico spirituale sia stato egli stesso guarito e sia in buona salute affinché la sua terapia sia efficace. Ciò è in linea con l'insegnamento stesso del Cristo che avverte: "Se un cieco fa da guida a un cieco, tutti e due cadranno nella fossa (*Mt 15, 14; cfr. Lc 6, 39*), e che fa notare: "Come puoi dire al tuo fratello: "Lascia che tolga dal tuo occhio la pagliuzza", mentre la trave è là nel tuo occhio? Ipocrita! Togli prima la trave dal tuo occhio e allora ci vedrai bene per togliere la pagliuzza dall'occhio del tuo fratello" (*Mt 7, 4-5; Lc 6, 42*).

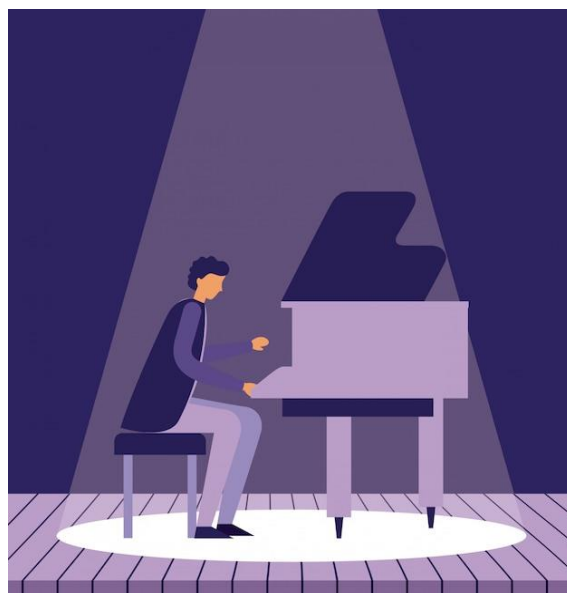
Mons. Egidio Faglioni

[Torna al sommario](#)

Il post del mese



I domani che non arrivano mai



Io li conosco I domani che non arrivano mai
Conosco la stanza stretta
E la luce che manca da cercare dentro

Io li conosco i giorni che passano uguali
Fatti di sonno e dolore e sonno
per dimenticare il dolore

Conosco la paura di quei domani lontani
Che sembra il binocolo non basti

Ma questi giorni sono quelli per ricordare
Le cose belle fatte
Le fortune vissute
I sorrisi scambiati che valgono baci e
abbracci

Questi sono i giorni per ricordare
Per correggere e giocare
Si, giocare a immaginare domani

Perché il domani quello col sole vero arriva
E dovremo immaginarlo migliore
Per costruirlo

Perché domani non dovremo ricostruire
Ma costruire e costruendo sognare

Perché rinascere vuole dire costruire
Insieme uno per uno

Adesso però state a casa pensando a domani

E costruire è bellissimo
Il gioco più bello
Cominciamo...

Ezio Bosso
Compositore pianista (1971-2020)

[Torna al sommario](#)

