

Il rapporto medico-paziente: la capacità di essere-con.

Troppo pretendere che tu capisca
Cosa vuol dire 9 elevato 17 elevato 17,
che tu sappia in che stato d'animo è l'altro
quando ha mal di denti,
che tu pensi alle vittime di un terremoto
quando sei adesso-adesso-adesso
a letto con la tua amante
e nulla più.
Analfabeta della povertà finché hai qualche soldo,
e da povero diavolo
non hai idea di tutti gli affanni
dei miliardari. Eterno residente,
confinato nel proprio nido,
qui non hai voce in capitolo.
Cara prima persona singolare,
concentrato d'assenza di fantasia –
tenta d'immaginati
che gusto hai per il virus
che dimora nei tuoi polmoni,
come ti vede il gatto
o una divinità qualsiasi.
Immaginati, ciottolo da nulla,
il tuo sprofondar nell'acqua
E come sopra di te si chiude
lo specchio del mondo,
piatto, senza una piega.
Ma questo non lo sai fare.¹

Trovo che in questi laconici versi sia condensato il senso di quello che vuole essere lo spirito della mia riflessione. Ogni parola contribuisce, infatti, a dischiudere una visione alla quale, forse per cultura, siamo poco abituati: il mondo *dell'altro*, il mondo così come l'*altro* lo vede.

E' a partire da questa *metastrofè*, da questa rotazione dello sguardo, che mi propongo di affrontare il problema del rapporto medico-paziente.

Da più parti si sente dire che questa relazione è in crisi.

La, forse eccessiva, tecnicizzazione, i tempi sempre più ridotti, la burocrazia asfissiante, hanno sicuramente contribuito a minare questa delicata relazione nelle sue fondamenta, tanto dall'invitarci a pensare a nuovi paradigmi² alla

¹ Tratta da H. M. ENZENSBERGER, *Limiti dell'immaginazione in Più leggeri dell'aria*, trad. it. a cura di A. M. CARPI, Einaudi, Torino, 2001, p. 165.

² Penso, in particolare, al *Paradigma dell'amicizia* e al *Paradigma dell'ospitalità*.

luce dei quali rimodulare la comunicazione interrotta. Ma oltre a queste cause, che definirei esterne, ritengo che il motivo di tale crisi risieda nell'intima natura dello stare in relazione in quanto tale.

I numerosi studi fioriti intorno a tale problema la dicono lunga sulla difficoltà di trovare una soluzione veramente pacificante.

Se il paternalismo, ancorato al *Giuramento* di Ippocrate, sembrava trattare il paziente come un «handicappato (*incapacitado*) non solo dal punto di vista fisico, ma anche morale»³, se il contrattualismo pensa agli individui come a degli *stranieri morali*⁴ la cui unica possibilità di interagire riposa nella proceduralità dell'accordo e se l'*a-simmetria* tra il medico, che oggettivamente sa e può guarire, ed il paziente, che soggettivamente soffre e vuole essere salvato, appare, comunque, ineliminabile, come uscire dall'*impasse*? Come colmare la distanza che separa questi due mondi?

Con gli anni è andata maturando la consapevolezza che per incontrare il paziente sia necessario abbandonare la logica contrattualistica a favore di un dialogo scandito dalla compassione, anzi, ancora di più, che proprio la compassione -e non la mera competenza tecnica- sia una virtù essenziale della pratica medica. Il buon medico diviene allora colui che non applica semplicemente i dati teorici della letteratura medica al singolo paziente, ma è piuttosto colui che soffre con il paziente⁵, è, ancor prima che uno specialista, una persona che sa fare propri i bisogni del malato, i suoi problemi, la sua sofferenza⁶.

Ci si rende conto che per dare un senso all'anamnesi, per interpretarla correttamente, per riportare il soggetto - il soggetto umano che soffre, si avvilisce, lotta - al centro del quadro clinico è necessario approfondire la

³ D. GRACIA, *Fundamentos de Bioetica*, Eudema, Madrid, 1989, p. 68.

⁴ L'espressione è di H. T. ENGELHARDT.

⁵ In lingua originale il testo recita: "does not just apply cognitive data from the medical literature to the particular patient ... Rather, the good physician cosuffers with the patient". E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York Oxford, 1993, p. 78. (trad. mia)

⁶ U. VERONESI con M. PAPPAGALLO, *Una carezza per guarire*, Sperling & Kupfer ed., Milano, 2004, p. XV.

storia di un caso sino a farne una vera storia, un racconto, solo allora si avrà un «chi» oltre un «che cosa»⁷.

All'interno di queste prospettive di radicale mutamento dell'etica medica c'è chi va ancora oltre sostenendo che per capire realmente il paziente sia necessario immedesimarsi al tal punto da divenirne il *compagno di esperienza*⁸, l'*amico*. Da ciò si deduce che l'esercizio della medicina, quando il medico aspira ad essere, dal punto di vista medico, amico dei suoi pazienti, potrebbe essere definito con la seguente formula: «donazione affabile di aiuto tecnico ad un altro me stesso malato»⁹.

Tuttavia, se su un piano strettamente teorico queste affermazioni non sembrano dare adito ad alcun problema -visto che si tratterebbe di passare da una paradigma ad un altro- sul piano della vera e propria prassi medica non sono pochi i dubbi che mettono a dura prova l'applicazione di questo che, se non deve essere inteso in modo troppo riduzionistico come un modello, vuole rappresentare sicuramente un *habitus*: una “disposizione abituale ad agire in una certa maniera”¹⁰.

L'interrogativo diventa perciò cogente: “come è possibile immedesimarsi con i propri pazienti senza perdere l'oggettività -che pure è componente essenziale dell'arte medica-? Che significa essere amici in senso medico? Se l'amicizia è una condivisione come la si può *costringere* al solo ambito medico?

”Se il medico si identifica troppo con le sofferenze del paziente perde l'obiettività essenziale per un più preciso accertamento di ciò che è sbagliato, di ciò che può essere fatto [...] La compassione porta con sé anche il pericolo

⁷ O. SACKS, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, trad. it a cura di C. Morena, Adelphi, Milano 2004, p. 12.

⁸ L'espressione “fellowship in the experience” è di E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA, *op. cit.* p. 80.

⁹ Lo spagnolo recita “*afable donacion de ayuda tecnica al semejante enfermo*”, LAIN-ENTRALGO, *La palabra y el silencio del medico*, in *Ciencia, técnica y medicina*, Alianza ed., Madrid, p. 239.

¹⁰ In lingua originale: “habitual disposition, to act in a certain way”. E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA, *op. cit.* p. 78.

di una identificazione talmente ravvicinata con la sofferenza del paziente che il medico inconsciamente potrebbe imporre i propri valori al paziente.”¹¹

Andando ancora più in fondo alla questione, è davvero possibile immedesimarsi al punto tale da comprendere empaticamente¹² ciò che l’altro sta attraversando? L’altro da me, il paziente, è, semplicisticamente, un altro me stesso malato? Al medico, nello specifico, è davvero data la possibilità di capire cosa la malattia provochi non solo nel corpo (*Körper*), ma nel vissuto (*Leib*) del paziente? E qualora l’immedesimazione fosse possibile, grazie ad un’affinità spirituale (*simpatia*), non si correrebbe il rischio di ridurre l’altro ad uno specchio nel quale riflettersi?

Da dove proviene la certezza che il paziente voglia essere compatito?

Non si sta, forse, cadendo nella trappola di una *troppo umana* immaginazione che, non trovando una via per istaurare una autentica relazione, pensa che l’unico modo consista nel colmare quella distanza (a-simmetria) che lo separa dal mondo dell’altro?

Che valore si dà all’espressione: «mi rendo conto di ciò che stai provando»?

Vorrei che tutte queste domande fossero, per il momento, lasciate in sospensione.

La rotazione dello sguardo alla quale prima accennavo esige che venga innanzi tutto compiuta una chiarificazione fondamentale: che cosa significa entrare in relazione con ... e rendersi conto del vissuto altrui?

Aristotele, analizzando la categoria dei relativi, sostiene che “le cose relative (che stanno in relazione tra loro) sono quelle per le quali l’*essere* coincide con

¹¹ “If the physician identifies too closely as cosufferer with the patient, she loses the objectivity essential to the most precise assessment of what is wrong, of what can be done [...] Cosuffering also has the danger of so close an identification with the patient’s suffering that *the physician* unconsciously *imposes* her value on the patient.” E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA, *op. cit.* p. 81 (trad. e corsivo mio).

¹² Mi riferisco alla definizione più diffusa del termine empatia che affonda le proprie origini nel romanticismo. Secondo gli esponenti di tale corrente (tra tutti va ricordato T. LIPPS per aver tentato di sistematizzare il tutto nell’opera *Einfühlung und ästhetischer Genuß* in *Die Zukunft*, 54, gennaio 1906 pp. 100-114.) l’empatia consiste nel sentire se stessi in un oggetto che noi non siamo. Appropriarsi, inserirsi, trasferirsi, immedesimarsi sono tutti sinonimi di ciò che i romantici designavano col termine empatia.

lo *stare in un certo modo* in relazione ad alcunché”¹³. In questa categoria il filosofo fa rientrare anche l’abito¹⁴ (ἔξις) e la disposizione¹⁵ (διάθεσις).

“L’*abito* differisce dalla disposizione per il fatto di essere cosa più stabile e duratura. Di questa natura sono anche le scienze e la *virtù* [...] invece sono dette disposizioni le cose che possono essere facilmente rimosse e che si mutano in fretta”¹⁶. Nell’economia del mio discorso mi preme sottolineare come, per Aristotele, la natura della virtù sia dia nella relazione, si è virtuosi in quanto ci si rapporta al mondo in una certa maniera. Il termine ἔξις ha qui, però, un senso ontologico che non corrisponde a quella concezione comunemente diffusa di *habitus* inteso come abitudine, come ripetizione di gesti e movenze che non sembrano toccare l’intima natura dello stare in relazione, ma, piuttosto, come quella disposizione, quell’apertura nei confronti della realtà, che è passata dalla potenza all’atto. La virtù in senso Aristotelico non è la semplice disposizione in vista dell’agire, ma è l’agire in modo virtuoso¹⁷, è l’essere che coincide con lo stare.

Mantenendomi dentro questo orizzonte di pensiero, il fine della mia riflessione non è allora quello di proporre un nuovo paradigma, ma, piuttosto, quello di rintracciare quell’a-priori sul quale si fonda la possibilità della relazione in sé e per sé. Su questa base è, forse, possibile far riemergere quel senso *ontologico* di *virtù* che la nostra cultura sembra aver occultato.

A sollecitarmi tali riflessioni è stata la lettura dell’analisi che Edith Stein dedica al tema dell’empatia (*Einfühlung*) ponendosi un problema molto specifico: capire cosa accade in noi stessi quando incontriamo un altro essere

¹³ ARISTOTELE, *Le Categorie*, trad. it. a cura di M. Zanatta, Rizzoli, Milano, 1989, p. 341 (corsivo mio).

¹⁴ Disposizione già attuata.

¹⁵ Genericamente l’essere disposti verso qualcosa.

¹⁶ ARISTOTELE, *op. cit.* p. 345.

¹⁷ Scrive ARISTOTELE: “Similmente anche la virtù: ad esempio la giustizia e la moderazione e ciascuna delle cose di questo genere non sembra sia cosa che può essere facilmente rimossa né facile a mutare ... queste cose che si vogliono chiamare abiti sono quelle più durature e più difficilmente rimovibili”, *op. cit.* p. 345.

umano e come da questo incontro si possa muovere per comprendere la sua e nostra costituzione.¹⁸

“Il mondo in cui vivo non è solo il mondo di corpi fisici, è anche un mondo di Soggetti *estranei*, oltre a me, ed io sono a conoscenza di questa esperienza vissuta. Questo sapere è qualcosa di cui è legittimo dubitare, dato che veniamo frequentemente tratti in inganno, al punto da giungere a dubitare della possibilità di arrivare ad una conoscenza, mentre, d'altra parte il fenomeno della vita psichica esiste ed è indubitabile.”¹⁹

Un dato mi pare essenziale in queste prime battute ed è un dato con il quale l'etica medica, non pare essersi ancora realmente confrontata: l'*estraneità originaria* della persona con la quale si vuole entrare in relazione.

Estraneità originaria significa che il vissuto dell'altro non potrà mai portare all'immedesimazione (*Eins-fiiuhlen*)²⁰ per il semplice fatto che l'altro, con la sua presenza in carne ed ossa, scardina il “fascio di luce di tutte le mie rappresentazioni”. L'altro non è solo l'altro da me, *alter ego*, ma è altro in quanto (*nullpunkt*) “punto zero dell'orientamento”, visione *altra* su un mondo che, nonostante tutto, ci troviamo a condividere.²¹

L'altro si trova in un tempo (il tempo della malattia), in uno spazio (il suo corpo), nella trama di un vissuto, che non è il mio. Potrà comunicarmi il suo dolore, proverò ad ascoltarlo, ma non riuscirò mai ad *afferrare* il contenuto

¹⁸ In realtà intento della filosofa è anche quello di prendere le distanze da quelle definizioni fuorvianti che secondo lei i romantici ed in particolare proprio T. Lipps avevano dato del termine empatia. La sua vuole quindi essere un'opera di chiarificazione concettuale secondo cui il πρώτη φιλοσοφία consiste nel capire cosa l'empatia sia nella sua essenza e non semplicemente in che modo si realizzi.

¹⁹ E. STEIN, *Il problema dell'empatia*, trad. it. a cura di E. Costantini e di E. Schulze, ed. Studium, Roma, 1985, p. 70 (corsivo mio).

²⁰ Per chiarezza è necessario dire che la Stein procede nelle proprie analisi a partire da una chiarificazione terminologica secondo cui l'empatia (*Ein-fiihlen*) intesa come sentire-dentro va assolutamente distinta dal semplice sentire-con o compassione (*Mit-fiihlen*) e dall'immedesimazione o uni-patia (*Eins-fiiuhlen*). In un passaggio della sua tesi la Stein scrive: “quel che noi contestiamo è che possa verificarsi un perfetto ricoprimento dell'altro Io che ricorrrda, attende empatizza e cioè che i due Io possano diventare uno solo.” La filosofa ci tiene a sottolineare come l'esperienza empatica sia una esperienza *sui generis* per il fatto che mette in relazione non un soggetto ed un oggetto (come voleva Lipps) ma *due Soggetti* con due vissuti assolutamente irriducibili. Lipps (e la storia del termine che, continuandosi ad appoggiare su quella versione, continua ad equivocarne il senso autentico), ha dunque confuso l'empatia con l'unipatia.

²¹ “L'alterità, l'eterogeneità radicale dell'Altro è possibile solo se se l'Altro è altro rispetto ad un termine la cui essenza consiste nel restare al punto di partenza, nel servire da *ingresso* alla relazione, nell'essere il Medesimo non relativamente ,ma assolutamente. *Un termine può restare assolutamente al punto di partenza della relazione solo come Io.*” E. LÈVINAS, *Totalità ed infinito (Saggio sull'esteriorità)*, Jaaka Book ed., Milano 1980, p. 34.

della sua esperienza: "Mentre io vivo (attraverso la narrazione) quella gioia (o dolore) che è provata da un altro, non avverto alcuna gioia originaria: essa non scaturisce in maniera viva nel mio Io, né ha il carattere di essere stata viva in precedenza come la gioia ricordata, tanto meno essa è meramente fantasticata, priva cioè di una reale vita, ma è precisamente l'altro Soggetto quello che prova in maniera viva l'originarietà".²²

Attestare la presenza di uomini e donne che non sono me, che non mi stanno semplicemente di fronte come alberi o pietre, ma che ostacolano il mio orizzonte spazio-temporale, che mi mettono di fronte ad un'emozione, che, chiedendomi di essere riconosciuti²³, ancora prima che com-patiti, mi impongono di *uscire fuori* dal mio luogo²⁴ - rivolgere la propria attenzione a tutto questo vuol dire "rendersi conto" dell'estraneità dell'altro.

Questa, secondo la Stein, la natura dell'atto empatico. In senso rigoroso empatia non vuol dire gioire, soffrire, come o insieme all'altra. Empatia vuol dire allargare la propria esperienza, renderla *capace* di accogliere il dolore, la gioia altrui, mantenendo la distinzione tra sè e l'altro. L'empatia chiama in causa un passaggio essenziale affinché si dia autentica relazione: il passaggio dalla continuità del farsi uno, alla contiguità dell'essere presso.

Tutto quello che vivo attraverso l'esperienza dell'atto empatico "non mi appartiene, non ha un rapporto di continuità con la mia esperienza [...] C'è estraneità e familiarità, attrazione e repulsione, vicinanza e lontananza, soprattutto c'è qualcosa che mi colpisce, ma non è spesso nemmeno in parte riconducibile a elementi, cause, processi sensibili. Sta avvenendo infatti un rovesciamento nel mio abituale rivolgermi a ciò che è fuori di me. Sono io che mi sto trasformando per effetto dell'entrare nel mio orizzonte delle emozioni, del sentire altrui."²⁵

²² E. STEIN, *Il problema dell'empatia*, op. cit., p. 79.

²³ Questo il senso che mi pare di rintracciare nelle parole di P. CATTORINI quando scrive: "La consultazione di un tecnico competente è sempre un appello ad un riconoscimento, appello ad un altro che, avendo a cuore ciò che accade al malato, promette di accompagnarlo." In *Malattia e alleanza* A. Pontecorboli ed., Firenze, 1994, p. 30.

²⁴ Quello che il poeta Enzensberger definisce "il proprio nido".

²⁵ L. BOELLA, A. BUTTARELLI, *Per amore di altro*, Raffaello Cortina ed., Milano, 2000, p.68.

Eccoci giunti alla *metasrofè*: ascoltare empaticamente la narrazione del vissuto altrui non vuol dire *sforzarsi* di comprendere l'oggetto della sofferenza (la malattia), interpretarla, portarla dentro di sé, assimilarla, mettersi sullo stesso piano, ma piuttosto *essere trasportati* verso il Soggetto della narrazione, incontrare il suo sguardo, mantenendo quella distanza che lungi dall'essere frattura, diviene garanzia di dialogo.

L'empatia non è allora riducibile ad un *habitus*, non è una tecnica della comunicazione che funge da *captatio benevolentiae*, non è la disposizione in vista dell'agire, ma è l'*essere* a disposizione, il *farsi capaci*²⁶ dell'altro uomo, è quell'a-priori sul quale si fonda la possibilità stessa di cura.²⁷

“Il sofferente chiede qualcosa, ma non conosce perfettamente ciò di cui ha bisogno. Non si tratta semplicemente di ignoranza sul piano scientifico o di imperizia tecnica. E' tutto il suo mondo precedente che è stato messo in scacco dall'evento patologico. Egli abita un mondo nuovo”²⁸. Ed è lì che ci chiede di andare.

Ma i tempi della medicina, i suoi metodi, che per essere efficaci devono comunque mantenere la tensione all'*obiettività*, alla riduzione, consentono al medico uno spazio di interazione meno vincolante?

La risposta - se comprendiamo che ad essere in questione, in questo preciso momento storico, non è una competenza tra le altre, ma l'umanità stessa del medico²⁹ - è che devono consentirlo. E' necessario fare di tutto per uscire fuori da questo stato di “ricettività bloccata”, in cui l'altro è essenzialmente lo straniero da comprendere ed assorbire dentro le proprie categorie (anche a costo da diventarne suo amico), per prevenire l'istante dell'inumanità³⁰. La fonte di rigenerazione non può che essere la formazione della nuova classe

²⁶ Mutuo la forma che i mistici quali M. Eckart e Teodorico di Vriberg usavano parlando dell'*homo capax Dei*.

²⁷ L'empatia modifica a tal punto la nostra maniera di stare al mondo da chiamare in causa quel passaggio che, anni dopo, E. LÈVINAS, in *Altrimenti che Essere*, designerà come passaggio dalla soggettività quale attività costituente il senso dell'essere, espressa con il concetto di «intenzionalità» alla soggettività come passività, come esposizione etica all'appello dell'altro in quanto altri, espressa con il concetto di «sensibilità».

²⁸ P. CATTORINI, *op. cit.* p. 29.

²⁹ L'espressione è di K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina ed., Milano 1991, p. 1.

³⁰ E. LÈVINAS, *Totalità ed Infinito*, *op. cit.* p. 33.

medica. “In tutto il mondo vengono educate persone che sanno moltissimo, che hanno acquisito particolare destrezza, ma la cui autonomia di giudizio, la cui *capacità* di indagare e sondare i propri malati è minima [...] La capacità di giudizio, la ricchezza connessa al saper vedere, la spontaneità personale, sono fiaccate dal costituirsi di grandi apparati”.³¹ Investire sulla capacità di giudizio e sulla spontaneità personale rinvia ad un modello di conoscenza che deve integrare, e non sopprimere, quello meccanicistico, un modello in cui la fallibilità è contemplata come risorsa e non come scacco. L’empatia, quella che ora possiamo definire come la capacità di stare al mondo, porta infatti con sé questo rischio: “posso sbagliarmi prendere un manichino per una persona o un’espressione d’ira per una di vergogna: ma ogni esperienza è per definizione fallibile e l’empatia lo è né più né meno della percezione di questa bottiglia che se sono daltonica vedrò blu invece che verde. D’altra parte, precisamente perché posso sbagliarmi, posso correggermi: la fallibilità dell’esperienza è il prezzo da pagare perché ci sia realtà”.³²

Educare all’empatia significa tenere sempre desta l’attenzione, non lasciarsi trascinare nell’illusione che la conoscenza fisica dell’affezione di un paziente coincida con la conoscenza della realtà personale dello stesso. Ancora di più può voler dire riportare la “cura” in quel luogo originario³³ in cui essa è *servitium* e non mera prestazione, in cui è accoglienza ancor prima che interpretazione, in cui è risposta ancor prima che domanda.

Capacità di essere ancor prima che capacità di fare.

³¹ K. JASPERS, *op. cit.* p.3.

³² R. DE MONTICELLI, *Con occhi spalancati. Edith Stein: “Introduzione alla filosofia” e conoscenza personale*, in *Filosofia Ritratti Corrispondenze* a cura di F. De Vecchi, Tre lune ed., Mantova 2001, p. 95. Interpretando queste parole posso dire che si tratta di accogliere una prospettiva che è rimasta una voce debole della filosofia occidentale e che contro Cartesio ritiene che il *Sum*, l’essenza, non riposi nel *Cogito*, nella ragione calcolante che tutto misura con evidenza e precisione, ma nel *Fallor*, nella possibilità dell’errore che, lungi dal farsi scacco esistenziale, diviene, secondo Agostino, garanzia di autentica realtà e libertà.

³³ La cura - la vera cura - presuppone una sorta di salutare relativismo che sconfigge l’isolamento dell’ego, una relazione di reciprocità, di apertura, di scambio. Capace di apportare al mondo salute, di rendere bello il mondo senza bisogno di professarsi eterni. Di prendersi reciprocamente carico.

