

Mario Ancona

Immagini per la relazione

È stato sottolineato, tra i temi che hanno motivato queste giornate di riflessione, come gli aspetti relativi al rapporto medico e paziente richiedano, oggi, un'attenzione diversa, nuove interpretazioni da cui sia possibile trarre esperienza e consapevolezza rinnovate. I problemi, le contraddizioni, le difficoltà, i conflitti che si evidenziano nel rapporto tra medico e paziente sono stati, in questi anni, ricondotti a numerose questioni: ai condizionamenti posti da una medicina sempre più tecnologica, e, soprattutto, da un approccio al malato oggettivante – secondo un metodo che, necessariamente, privilegia il rapporto *io-esso* al rapporto *io-tu*¹ –; all'individuazione, talvolta riduttiva quando esclusiva, del conflitto tra positivismo e scienze umane, tra tecnica e rispetto dell'uomo; e ancora all'interferenza dell'organizzazione, ai problemi economici, al sorgere di un complesso medico-industriale.

In certi momenti è inevitabile accettare l'oggettivazione, per quanto possa essere dolorosa. Certo il rapporto *io-esso* non deve oscurare il rapporto *io-tu*; ma se ciò avviene non ne è responsabile il progresso scientifico o la medicina. Anzi, proprio le nuove possibilità, offrendo rinnovate risorse, consentono il realizzarsi di situazioni, tra medico e paziente, semplicemente impensabili ancora qualche decennio fa. Per quanto si parli sempre più spesso di malasanità, di malfunzionamento degli ospedali, non penso che, qualora fosse consentito a qualcuno di scegliere, tornando indietro nel tempo, questi preferirebbe essere ricoverato in un ospedale anche solo di dieci anni fa. Né credo si possa affermare che nel mondo occidentale domini una cultura che neghi la malattia, o la morte, e, quindi, non dia spazio al malato. Difficoltà ad accettare la morte, la sofferenza, a dare senso al dolore, non vuole dire negarne l'esistenza. È vero piuttosto che, soprattutto dalla metà di questo secolo, ci siamo tutti illusi troppo facilmente di esorcizzare, grazie alla tecnica e al progresso scientifico, la malattia e la sofferenza e, forse, anche la morte. Cito a questo proposito un piccolo episodio avvenuto durante un recente convegno. Una sociologa, nel corso del suo intervento – focalizzato sui radicali cambiamenti avvenuti nel divenire diacronico della vita sociale dell'uomo occidentale – disse ad un certo punto: «... ora che non si muore più...», determinando un immediato rumoreggiare dell'assemblea. L'intenzione era di evidenziare come il prolungarsi della vita biologica avesse contribuito a modificare i tempi e le tappe della vita sociale. Il *lapsus* esprimeva un evidente desiderio della relatrice, ma, certo, non solo suo. La

circostanza, mi sembra, metta in luce come spesso il desiderio spinga più in là della realtà. Gadamer afferma che nella società moderna è scomparsa l'idea della morte, ma subito si affretta a rilevare come «questo [sia quanto palesemente desideri la nostra coscienza]². Cosicché quando poi ci si deve confrontare con i limiti reali e concreti della medicina, ci si sente come traditi; e forse, questo vale anche per lo stesso medico, che si identifica con la proiezione idealizzante, trovandosi così senza risorse interiori e spirituali nel momento in cui vengono a mancare quelle concrete e materiali. Da qua deriva la profonda ironia e drammaticità della situazione presente: mai come in questo periodo la medicina è apparsa in grado di fare molto per i pazienti, ma mai come nell'attuale momento proliferano le medicine alternative e il rapporto medico e paziente sembra francamente in crisi; i medici sono vittime del loro stesso successo, si affermava in un articolo del «Time»³ di qualche anno fa. Ironia e paradosso che testimoniano quanto sia relativo il nostro percepire, condizionato dal contesto, dalla cultura del momento. Una cultura che non nega la malattia, la morte, ma che si illude di eliminarle, di controllarle, di prevenirle: prevenzione è, infatti, diventata una delle parole più di moda negli ultimi anni, e non solo in campo medico. Spesso ci si chiede in maniera ingenua del perché siano avvenuti dei disastri, pensando sempre che tutto, inevitabilmente sia responsabilità dell'uomo, dimenticando che per quanto le nostre possibilità di previsione siano cresciute, rimangono in ogni caso limitate. Forse è meglio, di volta in volta, cercare un capro espiatorio, qualcuno che ha sbagliato, che accettare l'impossibilità di controllo e l'apertura ad un destino oscuro e preoccupante, perché incerto e sconosciuto. Ci è utile credere nelle possibilità quasi magiche della medicina, per tollerare meglio l'ansia della vita, ma il prezzo da pagare può essere quello di un duro risveglio cui non ci si è preparati per tempo. Il mondo occidentale non sembra dimenticare la morte, quanto temerla sempre di più, per il valore che sempre più acquista la vita. Certo non è per tutti così, ma è un dato di fatto che la qualità della vita dell'uomo occidentale sia cresciuta in modo straordinario, le opportunità di ognuno incommensurabili rispetto a quelle dell'inizio del secolo.

Gadamer, nello stesso articolo che ho prima citato, e non è il solo ad affermare questo, definisce anonimo il carattere della morte nelle cliniche moderne e interpreta il distacco della persona morente, e dei suoi parenti dall'ambiente domestico e familiare come il segno che il momento della morte è inserito «nel ciclo tecnologico della produzione industriale»: ecco nuovamente il tema del complesso medico-industriale che torna in maniera persecutoria. Non credo che nel passato si morisse, ovviamente nella media quotidiana, in modo meno anonimo, basti pensare alla fossa comune che accolse Mozart. Certamente, invece, nel momento dell'avvicinarsi della morte, il paziente, i suoi

familiari dovrebbero essere aiutati nelle scelte più giuste, cosa che non sembra spesso accadere: è necessario continuare ad intervenire quando ormai non ci sono più speranze? Cosa è più giusto fare? Mi sembra significativa la testimonianza, recente, di Dacia Maraini:

«Mia sorella Yuki, dopo essere stata operata, chiedeva insistentemente di tornare a casa, oggi mi sembra orribile che non le abbiamo dato retta. Ma noi ragionavamo, noi pensavamo che senza le macchine di un ospedale non ce l'avrebbe fatta. La vicinanza del reparto di rianimazione per un cuore stanco e malato, la bombola dell'ossigeno, l'ago dell'ipodermoclisi ci sembravano necessarie alla sua sopravvivenza... Mi sembra terribile non averla accontentata»⁴.

Ma, qualora fosse stata accontentata, chi ci dice che non ci si sarebbe sentiti in colpa per avere trascurato qualcosa? per non aver fatto abbastanza? E d'altra parte il tema dell'accanimento terapeutico è un problema reale. Quando fermarsi? È chiaro che i parenti non possano saperlo, ma è qui che il ruolo del medico diviene importante e significativo. Un medico che ragiona solo per protocolli terapeutici, difficilmente potrà cogliere il dramma dei parenti che vedono il loro congiunto martoriato da continui e vani tentativi; tuttavia se si crea una autentica disponibilità al dialogo, si apre davvero la possibilità di condividere scelte e cammino, e questo *sentirsi accompagnati* è quanto di più importante per l'animo umano.

Il medico così, di volta in volta, potrà essere accusato di eccessivo accanimento o di non aver fatto abbastanza e, d'altra parte, questi sono anche i casi che più frequentemente si guadagnano le pagine dei giornali: «dare la caccia al medico sembra essere uno degli sport divenuti più di moda», erano le considerazioni del giornalista del «Time». Accanimento terapeutico da un lato, insufficiente intervento dall'altro, molto dipende dall'evoluzione delle cose: si ha la necessità di individuare un responsabile. Forse è che non sappiamo come comportarci all'approssimarsi della morte. Non sarà una semplice coincidenza che il primo caso di *talking cure*, presentato da Breuer e Freud negli *Studi sull'isteria*, la storia della *Signorina Anna O.*, riguardi proprio una situazione in cui la malattia e la morte del padre rivestono un ruolo significativo.

Le difficoltà maggiori nel rapporto tra medico e paziente sono legate alle attese, certo umane e legittime, al bisogno, alla necessità di sperare; da qua il continuo oscillare tra l'idealizzazione e il disprezzo animoso.

«Ero nel corridoio davanti all'ingresso in reparto» ricorda un paziente da poco colpito da un lutto «aspettavo, come il solito, l'arrivo del chirurgo, per avere qualche notizia; quando, finalmente, lo vedo arrivare, il cuore mi batte, ho paura di sapere di un nuovo peggioramento, faccio per avvicinarmi, ma una giovane donna accompagnata da un uomo anziano – padre e figlia immagino – mi precede e inizia a ringraziare il medico. Il medico sorride, anche l'uomo anziano lo ringrazia. “Allora è bravo!” penso tra me “forse è anche buono, posso fidarmi di lui”».

Si è alla ricerca di segni che aiutino ad aver fiducia, a contenere ansie e timori. In quel luogo di mezzo tra l'ingresso nella malattia e una qualche forma di soluzione, l'idealizzazione e l'illusione sono massime. È certo che il problema si pone in tutta la sua drammaticità, quando la medicina non guarisce o tradisce le aspettative in essa più o meno giustamente riposte. In un equilibrio assolutamente precario il rapporto, come pazienti, con la medicina e il medico, muta e acquista coloriture diverse secondo la piega che prendono le vicende della malattia e della cura. La malattia colpisce, ferisce, rende insicuri; inevitabile è la paura, il timore di non farcela, di morire.

«Nuovi sintomi si manifestano ininterrottamente e ogni nuovo sintomo dice sempre la stessa cosa: *memento mori*. Naturalmente ho paura, anche se non più come all'inizio. Al principio della mia malattia a ogni nuova tumefazione, a ogni nuovo dolore mi dicevo: purché non sia un altro segno del cancro!»⁵.

Il dramma non è soltanto del malato, ma di chi vive vicino al paziente: il coniuge, i figli, i genitori. La malattia getta l'uomo nel bisogno, e dal bisogno nascono le richieste, domande spesso impossibili da esaudire e alle quali non è facile, in ogni caso, dare risposta.

«Quando ho mal di denti, mi è assolutamente indifferente che il mio vicino abbia un mal di denti più forte del mio. Io non posso combattere contro il mal di denti di tutto il mondo; posso soltanto preoccuparmi che il dentista strappi il mio dente malato»⁶.

È evidente che le richieste siano indirizzate, innanzi tutto, ai medici, coloro i quali hanno scelto di curare, e via via alle altre figure sanitarie. Il rapporto nasce, quindi, in condizioni che lo rendono fragile fin dall'inizio. Nella paura il bisogno di sperare in un aiuto risolutore è forte, e decisivo nel determinare le disillusioni più brucianti. Noi tutti sappiamo quanto sia difficile rispondere alle aspettative altrui, quanto tali aspettative possano essere soffocanti, catturanti, originando condizionamenti faticosi da reggere, e che, spesso per reazione, possono suscitare atteggiamenti difensivi da parte del terapeuta. Così in una simmetrica specularità più il paziente si trova in uno stato di bisogno e di difficoltà, per il quale la medicina ha risposte ancora insufficienti e comunque non risolutive, più il medico rifugge l'autenticità del rapporto e cade o nella rassicurante menzogna o in una distaccata indifferenza. Il clima drammatico influenza l'incontro favorendo l'immediatezza alla riflessione. Il dramma si compie nell'*azione immediata*, motivato dall'impazienza, dall'intolleranza, dalla sofferenza e dall'insofferenza: l'agire prende il sopravvento sulla parola. Negare spazio alla parola, che è dialogo ancor prima con se stessi e poi con l'altro, e, attraverso la necessità del dialogo con l'altro scoperta del dialogo con se stessi, toglie spazio alla psiche, relegando l'uomo in un angusto e concreto materialismo.

Apprendere a tollerare il proprio e altrui dolore psichico, questo è il compito,

certamente arduo, che aspetta il terapeuta. Ma, ancora prima, il compito è imparare a comprendere il dolore, e questo non può essere che il frutto di un lungo processo di apprendimento in cui la vita è maestra. Allora un primo momento richiede la comprensione profonda della situazione che, come medici, terapeuti, operatori sanitari, comunque soggetti impegnati in relazioni di aiuto si è chiamati a vivere e sperimentare. Fare esperienza vuol dire conoscere non solo razionalmente, ma anche emotivamente; trasformare gli eventi esterni in accadimenti interni⁷; vuol dire dare profondità, intensità a ciò che si fa incontro a noi. Fare esperienza è una possibilità propriamente umana: ma è una possibilità, non un dato. Gli eventi possono divenire occasioni di crescita, di riflessione: non si tratta di apprendere regole esterne di comportamento nelle varie situazioni – «cosa devo fare? cosa devo dire?» – bensì scoprire che la risposta si fa e si trova già dentro di noi, se solo siamo in grado di trasformare gli eventi da fatti banali, la routine quotidiana, a momenti densi di significato. Perché questo accada è necessario comprendere profondamente le situazioni che si è chiamati, di volta in volta, a vivere. Come ci sentiremmo nelle circostanze che il paziente o i suoi familiari stanno vivendo? quali le nostre paure? e le nostre speranze? Non ci è data possibilità di comprendere l'altro se non attraverso noi stessi. Tuttavia, è pur vero che si è in grado di cogliere quanto si è già pronti a intendere, a capire, a comprendere, come dinanzi ad una opera d'arte. Solo una lunga consuetudine con l'opera potrà dischiuderci gli immensi tesori in essa celati; un dipinto, una scultura, un melodramma, un balletto riusciranno così a parlare alla nostra anima e farci scoprire quanto «dolce è anche vivere, quando la vita non ci assedia troppo. Quando ci lascia, per esempio, tempo per la gioia dell'arte»⁸. Si tratta allora di favorire un cammino conoscitivo per imparare a vedere e a sentire là dove tutto sembra un caos di forme indefinite, o di suoni confusi. Come di fronte ad un dipinto potremmo interessarci solo degli aspetti tecnici, filologici, dimenticando, ad esempio, gli aspetti simbolici o l'impressione che esercita su di noi, le emozioni che muove in noi; così dinanzi al paziente il nostro sguardo si può limitare alla semeiotica, rimanendo chiuso al sentimento, e questo è quel che accade – in apparenza – con maggior frequenza. Come «ogni opera d'arte è figlia del suo tempo, e spesso è madre dei nostri sentimenti»⁹, così l'incontro con l'altro, il paziente, può divenire analogo matrice: esperienza che muta e trasforma. Ma senza una adeguata formazione il medico, l'operatore sanitario in genere, rischia di confrontarsi con situazioni che non è in grado di comprendere, che possono apparire come insignificanti o che, in quanto profondamente angoscianti, possono determinare reazioni di difesa.

Alcune storie, allora, per approfondire il discorso.

Lo sguardo eloquente

Il radiologo ha dato appuntamento all'amico per vedere insieme le lastre. Il medico le dispone sul diafanoscopio; lo sguardo esperto immediatamente coglie la presenza di qualcosa che potrebbe essere molto grave: il volto tradisce l'emozione che viene colta dall'amico e paziente, il quale, senza che il medico se ne accorga, fugge dallo studio.

L'inutile attesa

Viene richiesta, dal reparto di nefrologia, una consulenza psichiatrica per una paziente che presenta un quadro ansioso. La paziente è in attesa di essere sottoposta ad intervento di fistola artero-venosa per iniziare la dialisi. Durante il colloquio lo psichiatra apprende come questa si senta esasperata dai continui rinvii dell'intervento. In seguito all'ultimo differimento, per il sopraggiungere di un caso urgente mentre stava per essere accompagnata in sala operatoria, la paziente ha avuto una intensa crisi d'ansia, da qui la richiesta allo psichiatra.

Dov'è il mio medico?

Una paziente affetta da un carcinoma ovarico viene inviata dal medico curante al reumatologo per la comparsa di una sintomatologia dolorosa, ribelle alle consuete terapie. Durante la visita lo specialista e la paziente si accordano per un ricovero in *day-hospital* per procedere negli accertamenti. Il mattino seguente la paziente rifiuta di sottoporsi alla visita e agli esami in quanto il medico, con cui è stato concordato il ricovero, quella mattina non è di turno.

Incompreso

Durante un *work-shop* sul rapporto tra medico e paziente, un pediatra racconta di un caso che egli ritiene di aver trattato con grande competenza tecnica, in quanto è riuscito ad ottenere i migliori risultati coniugandoli con il minimo di spese per il Servizio Sanitario Nazionale. Termina il racconto esprimendo la sua frustrazione per il fatto che la madre del piccolo paziente non sia stata in grado di cogliere, e di dare il giusto rilievo, alla sua perizia sul piano tecnico.

Frammenti di accadimenti quotidiani che, certo, possono sembrare banali, se confrontati con quella che è la causa prima che li genera: la malattia. In fondo quel che conta è che la paziente possa essere sottoposta a dialisi; se l'intervento è stato rinviato vuol dire che la situazione dal punto di vista clinico lo consentiva. Perché lamentarsi, se, addirittura il giorno dopo una visita ambulatoriale, la paziente avrebbe avuto l'opportunità di fare tutti gli esami necessari in *day-hospital*. Ecco che i duri fatti concreti fanno apparire marginale, superfluo ciò che muove le emozioni del paziente: emozioni, sentimenti, stati d'animo, affetti che, in ultima analisi, disturbano l'atto terapeutico. Eventualmente qualora interferiscano eccessivamente, ecco il ricorso allo specialista: lo psichiatra. Se non si regge il dolore è, ovviamente, causa di una personalità fragile, o, comunque, sintomo di un qualche quadro psicopatologico sottostante: si squalifica così

quello che è segno di un disagio più profondo. Non si riconosce come tali situazioni siano il frutto di una mancata disponibilità all'ascolto, e di una scarsa sensibilità comunicativa. Manca, ad esempio, una attenzione alla comunicazione non verbale. Cosa comunichiamo con i nostri silenzi¹⁰, con i nostri gesti? Spesso non ne siamo assolutamente consapevoli. Ma al di là di quello che si vorrebbe comunicare, come possono essere percepiti i nostri silenzi o i nostri gesti dall'altro? Anche questa è una domanda che raramente ci si pone. Da qui la mancanza di empatia con il paziente, per cui, ad esempio, si confonde per un evento psicopatologico una reazione assolutamente comprensibile. Sento già la possibile risposta: «ma nei nostri ospedali siamo così sommersi di lavoro, stanchi e frustrati per la disorganizzazione... I direttori sanitari fanno presto con ordini di servizio a richiedere sempre di più, ma tutto si scarica sulla nostra pelle... E poi per la paziente che doveva essere sottoposta alla dialisi... di fronte ad una urgenza che cosa si poteva fare?». Certo, ma il problema in sé non è il rinvio, anche se l'ennesimo, dell'intervento; il problema è comprendere che quella paziente aveva bisogno, semplicemente, di essere rassicurata, circa il fatto che, comunque, ci si prendeva cura di lei. Forse parlarle dimostrando di comprendere la sua ansia sarebbe stato sufficiente a trasformare quello che poteva essere un accadimento sfavorevole in un momento di incontro. Il medico sembra ignorare il reale potere di cui dispone, di quanto le sue parole possano avere peso, di quanto fin dal primo incontro, il paziente possa legarsi a lui, come testimonia l'episodio del *day-hospital*. Questa vicenda evidenzia l'importanza del rapporto e come rapidamente si attivino intense correnti affettive, certo nel segno della dipendenza, ma comprensibili, se si tiene conto della vicenda umana della paziente. La malattia rende bisognosi d'aiuto sia in termini concreti, sia affettivi. Per il medico è certamente una grande fatica, anche perché è lasciato solo a vivere questa esperienza, anzi, l'organizzazione, orientata nella ricerca di una superficiale efficienza sembra, spesso, ignorare e, comunque, misconoscere tale realtà. Si pensi al fatto che in molti reparti per effetto dei turni il medico che visita il paziente all'atto dell'ingresso in reparto difficilmente lo seguirà per il resto del ricovero. In ambulatorio il paziente, per le visite di controllo, raramente viene rivisto dallo stesso sanitario. Questa modalità di organizzazione del lavoro costituisce un grave danno per la crescita professionale del medico, rendendo difficile seguire l'evoluzione dei pazienti, acquisire sensibilità nella terapia, ma anche raffinare la sensibilità alla comunicazione. «Prima di iniziare la libera professione» mi diceva una collega «non mi rendevo conto se i pazienti visti nell'ambulatorio dell'ospedale tornavano o meno per i controlli, adesso è diverso, mi posso rendere conto se un paziente non ritorna e mi chiedo se ho sbagliato e dove ho sbagliato, se sul piano strettamente tecnico o della relazione...». Gli effetti

perniciosi di tale sistema sono ben evidenziati nel recente film di Nanni Moretti *Caro Diario*. Ma se tale sistema è dannoso per la crescita professionale del medico, è ancora più negativo per quanto riguarda il realizzarsi di un valido rapporto medico e paziente. Di fatto è proprio in questo contesto che si sviluppa quello che si potrebbe definire un trattamento di tipo anonimo. Si potrà obiettare che tale modalità non è generalizzata, e, certamente, è così; ma indubbiamente deve far riflettere il fatto che in certe divisioni oncologiche tale organizzazione del lavoro è stata proposta non per necessità organizzative, bensì per evitare una eccessiva dipendenza del paziente da una unica figura di riferimento. La necessità di diluire sull'équipe la fatica del contenimento emotivo del paziente, e dei familiari, è assolutamente comprensibile, e legittima; ma il risultato è che la comunicazione diviene ancora più difficile. Il paziente, e i familiari, alla ricerca di rassicurazioni riceveranno risposte spesso divergenti o francamente contrastanti, od ancora interpretabili in modo discordante. Il risultato sarà una inevitabile crescita dell'ansia, che innescherà la necessità di ulteriori richieste, con il rischio di successive delusioni, la percezione di non accordo tra l'équipe curante, l'idea di ricevere comunicazioni di comodo non autentiche.

Durante *work shop* di formazione, superate le classiche difficoltà iniziali, quando il gruppo di lavoro si è, per così dire, riscaldato, quando lavorando sui casi si diviene un po' più disponibili al dialogo e a vedere le proprie difficoltà, ecco che ci si deve confrontare con un altro atteggiamento, che si potrebbe definire tipico: la richiesta alla psicologia di risposte concrete: «ma, allora, se le cose stanno così cosa si deve fare? come si deve fare? cosa si deve dire?».

Un momento significativo del lavoro è acquisire consapevolezza del fatto che non esistono risposte definite, da applicare in modo letterale, che non ci sono regole concrete. Un comportamento corretto in una certa situazione, potrebbe essere assolutamente inopportuno in un'altra. Talora non è possibile instaurare la relazione nel modo più adatto; si può cadere in immediatezze anche in virtù dell'azione inconscia del paziente stesso, tentazioni di cui non si è consapevoli, e che possono, lì per lì, sorprendere. Tuttavia ciò che è realmente importante è riflettere sul senso, sul significato di ciò che è avvenuto; allora riflettere sulla relazione vuol dire aprirsi ai valori di un mondo più meditativo, scoprire la dimensione interiore che si arricchisce dei nostri sentimenti, stati d'animo, delle nostre passioni, dei nostri timori, dei dubbi e dei conflitti.

Ma insieme a situazioni di sofferenza psichica meno contenute, si consumano drammi non meno dolorosi perché silenziosi. Ancora una testimonianza:

Un reparto di degenza temporanea. Uno di quei reparti apparentemente moderni e

funzionali, ma in realtà ricavati nell'ambito di spazi che non li prevedevano. Il risultato è un corridoio stretto, che da un senso di soffocamento, senza luce naturale. Possono passare agevolmente le barelle, ma i letti urtano sempre da qualche parte. Le camere sembrano funzionali, ma sono piccole e sempre più affollate di quanto dovrebbero ma i familiari non si lamentano, sanno che è già molto avere un letto.

Dopo una lunga attesa l'attesa è lunga non tanto da un punto di vista oggettivo, quanto perché indeterminata, non è chiaro, mai, quanto ogni volta dovrà durare, quanto si dovrà attendere: «Deve aspettare il medico» è la classica, e, ovviamente, logica risposta della caposala. «Ma quanto? e dove?» è la risposta altrettanto logica, che tra sé e sé ci si pone]. Ascoltiamo questo dialogo tra un familiare e un chirurgo...

– Ma, dottore, non sarebbe meglio, trasferirlo nel reparto di chirurgia?

– Fossi in lei non lo farei, qui possiamo fare gli esami più in fretta... e poi dal punto di vista alberghiero qui è molto meglio, ogni stanza ha i servizi privati...

L'interlocutore guarda il medico sbigottito, ma cosa vuol dire che ci sono i servizi privati se il paziente non si alza dal letto, ha una occlusione intestinale e tutto il resto, pensa tra sé. Non dice nulla, ma in cuor suo si allontana profondamente turbato e dubbioso. Quale è il senso di quella affermazione? Da chi comunica in modo così illogico, come ci si può attendere scelte logiche? Ma se davvero, paradossalmente, fosse meglio il reparto di degenza temporanea, perché non trasferire il reparto di chirurgia nel reparto di degenza temporanea, paradosso per paradosso.

Una breve interazione, una minima sequenza comunicativa possono gettare in uno stato di profonda ansia, minare il rapporto di fiducia, che si sta costruendo: questo perché ci si trova in una situazione che accentua la sensibilità.

«La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male... »¹¹.

Quando si diventa cittadini di quell'altro paese, si pone attenzione ad ogni sfumatura, ogni piccola cosa può tranquillizzare o gettare nello sconforto più profondo. Non è facile accettare la cittadinanza di quell'altro paese. È una lotta che fiacca le resistenze, e quando si è pronti a fare un passo indietro di accettazione, ecco che ne viene chiesto un altro ulteriore, per il quale non si è ancora pronti. Certo, forse alla fine anche se feriti e sofferenti, si è più disponibili: «se avessi saputo», ma l'esperienza la si sta vivendo ora, non allora.

L'uomo in difficoltà da sempre cerca aiuto e rassicurazione; ha bisogno di essere tranquillizzato da colui che, a torto o a ragione, investe di un potere: il potere della cura, in questo caso, il potere di conoscere, un po' meglio, con chi si ha che fare, di conoscere la natura della malattia.

«Il parto è andato bene, non è stato difficile, ho sofferto per altre cose: non si potevano abbassare le persiane della camera e la luce non mi consentiva di riposare, non sopportavo la caposala, al mattino entrava urlando che non si doveva lasciare nulla sui comodini se non il termometro; ma soprattutto ho sofferto assistendo ai colloqui tra i medici e la altre puerpere compagne di stanza. Accadeva spesso che un medico contraddicesse l'operato del suo collega che aveva seguito la gravidanza e il parto della paziente, lasciandola così in uno stato di agitazione e confusione».

«Ricorderò sempre quella mattina dopo il parto, quando una dottoressa, che non avevo mai visto, aprì la porta dicendomi bruscamente: "ci sono malattie ereditarie nella sua famiglia?" "No!" risposi. "Ah, bene!" disse senza darmi il tempo di fare altre domande e lasciandomi sbigottita e, da quel momento, in uno stato di profonda ansia».

Riecheggiano modalità di cui Goffman in *Asylum* ci ha reso ampiamente partecipi. L'istituzione totalizzante non ha rispetto per l'individuo. Ma perché la caposala deve identificarsi con questo vecchio ruolo, perché l'istituzione richiede la regressione del paziente segnalato sia dall'essere *richiamati* come dei bambini o talvolta dall'indiscriminato passaggio al tu?

Non casualmente ho riferito due episodi avvenuti in un reparto di ostetricia, in quanto la nascita di un bambino è, sicuramente, evento fisiologico e sempre più raramente drammatico, e si pone in una dimensione diametralmente opposta alle situazioni di malattia che minacciano la vita. Pertanto si dovrebbero escludere la presenza di fattori difensivi attivati negli operatori sanitari. Eppure anche in questo caso è possibile evidenziare mancanza di sensibilità, di tatto, in una parola di *savoir-faire*. Facendo nostre le riflessioni di Varela¹² è inevitabile cogliere l'aspetto etico della situazione. Apprendere a saper fare diviene pertanto un obbligo morale. E il termine *savoir-faire* rileva la necessità dell'unione della competenza tecnica e relazionale, sì che la mancanza dell'una o dell'altra appare una mutilazione inaccettabile provocatrice comunque di sofferenze. Nuovamente il rischio è di gettare la croce su chi svolge professioni di aiuto. No, non di questo si tratta, piuttosto è indispensabile riflettere sulla necessità di fornire strumenti adeguati a chi avrà la ventura di assumersi le responsabilità proprie delle professioni di aiuto, avendo la consapevolezza di quanto le relazioni siano difficili, faticose anche pericolose e, dal lato dell'efficienza e della produttività, problematiche da quantificare.

I tempi comunque sembrano lentamente mutare. Nel 1971 ad esempio venne abolito l'esame di filosofia che per secoli era stato obbligatorio per gli studenti di medicina dell'Università di Copenaghen: «era considerato una perdita di tempo»¹³, a sottolineare simbolicamente l'acme di una visione che vedeva una netta scissione tra tecnica e umanesimo. Ma nel 1985 presso l'Harvard Medical School è stato istituito un nuovo corso di studi che prevede non solo e, ovviamente, discipline scientifiche, ma anche letteratura, storia, antropologia e sociologia, e, soprattutto, è strutturato in modo di favorire fin dai primi giorni il contatto con il paziente¹⁴.

«Potrebbe essere eccessivo aspettarsi tatto e sensibilità da qualcuno che investe circa 12 anni della propria vita per apprendere la professione, lavora ad ore impossibili, è disponibile giorno e notte per i pazienti, deve mantenersi continuamente aggiornato, e vive una buona parte della propria vita a contatto con la morte»¹⁵.

È una realtà di cui si deve essere consapevoli. Il fatto è che da qui deriva uno stile di vita, un modo di essere che non procura solo sofferenza nei pazienti, per le difficoltà di relazione e comunicazione, ma procura sofferenza anche nel medico e negli operatori sanitari. D'altra parte che altro sarebbe la *Sindrome del Burnout*¹⁶ se non l'espressione di tale sofferenza? Di fatto la difficoltà a entrare in rapporto, in un rapporto significativo, a vivere le relazioni, a dare senso e valore agli accadimenti quotidiani, a contenere e trasformare le intense sollecitazioni emotive può facilmente condurre ad una situazione di rottura che il termine *burnout* ben sintetizza, e che determina demotivazione, disinteresse, senso di espropriazione dell'essere soggetto che agisce e deresponsabilizzazione verso l'istituzione che diviene ad un tempo persecutrice e capro espiatorio.

Torniamo ancora a quella domanda: «come ci si può aspettare tatto e sensibilità da chi, in sostanza, ha dovuto affrontare una vita così dura?». Ma, e queste sono le successive domande, inevitabili, come si potrebbero sviluppare tatto e sensibilità? a cosa attengono il tatto, la sensibilità, la capacità di entrare in relazione, di cogliere nel giusto valore le situazioni? La psicologia analitica può aiutarci a comprendere. Nel patrimonio teorico, nelle immagini suggestive, fra le metafore e i simboli lasciateci in eredità da Jung, è possibile trovare luci che aiutino la riflessione. In questo caso vorrei fermare la mia attenzione sul concetto di funzione psichica. Non entrerei in problematiche ricerche di definizioni, né, d'altra parte, ritengo che il cuore della profonda conoscenza che Jung ci ha lasciato possa essere colto grazie a razionalizzazioni, che non possono che restare alla superficie. Hillman, ad esempio, sottolinea come il pensiero di Jung non possa essere colto solo intellettualmente, ma richieda anche una comprensione con sentimento. Per Jung le funzioni psichiche sono modi di organizzare la visione del mondo, sono modi di patire la vita. Le funzioni si sviluppano con l'uso e costituiscono «un sistema di orientamento che serve a mettersi in rapporto con i dati del mondo... la sensazione ci dice che c'è una determinata cosa, il pensare ci dice che cosa è, il sentire ci fa capire quanto essa conta per noi ,... l'intuizione è una funzione che ci permette di vedere “dietro l'angolo”»¹⁷.

Dice ancora Jung:

«Il sentimento ci informa attraverso le sue tonalità affettive sul valore delle cose... i valori esistono, e formulare un giudizio di valore è una importante funzione psicologica. Se volete avere un quadro completo del mondo, non potete fare a meno di prendere in considerazione i valori...»¹⁸.

I valori aiutano così nelle scelte, nell'orientamento, nell'individuare la direzione, nel trovare il nostro posto nel mondo. Ma se la personalità umana è una potenzialità in

divenire, senza una adeguata educazione, formazione, attenzione, è difficile sviluppare armonicamente tutte le funzioni psichiche, e, forse, tra tutte la più sacrificata è proprio la funzione sentimento.

«La scuola tende a sviluppare soprattutto le funzioni pensiero e sensazione... L'educazione del sentimento nel senso del gusto, dei valori, delle relazioni, non è certo al centro dell'educazione scolastica... Ma il cuore dove può andare a scuola?»¹⁹ si chiede provocatoriamente Hillman.

«Il sentimento è un problema, così enorme del nostro tempo che si potrebbe affermare, per assurdo, che tutto il campo della psicoterapia sia scaturito dalle inadeguatezze della funzione sentimento»²⁰.

È evidente come sia paradossale parlare del sentimento, il rischio è di perdere l'oggetto stesso della ricerca. Utilizziamo, allora, qualche immagine.

Il principe Sigismondo, il protagonista de *La vita è sogno* di Calderon de la Barca, viene profondamente trasformato dalle vicende proprio perché si fa toccare da queste. Gli eventi divengono esperienze profonde, che ristrutturano il mondo dei valori di Sigismondo. È la funzione sentimento a consentire che in Sigismondo si realizzi l'esperienza che muta. In *1984* di Orwell ci viene descritto un mondo senza sentimento, così come un mondo senza sentimento è il mondo psicopatico di cui Anthony Burgess ci rende partecipi in *Un'Arancia ad orologeria*. È la funzione sentimento che spinge Ivan Denisovic a ricostruire con attenzione, amore e mestiere un muro, che diviene così l'opera, che per qualche breve istante che tuttavia ha il respiro dell'eternità, lo allontana dall'inferno del Gulag. Nel procedere in questa ricerca relativa alla funzione sentimento, alla sua fenomenologia, vorrei mostrarvi alcune scene tratte da film, consapevole di quanto sia importante l'immagine per oltrepassare i limiti del discorso razionale, e di quanto le immagini influenzino il pathos e le passioni²¹.

Cucina – Interno giorno

Padre e figlio stanno facendo colazione. Il padre, la barba lunga, è immerso nella lettura del giornale. Pawel è un bambino dai grandi occhi neri, ha di fronte a sé gli annunci funerari, muove la pagina per poter vedere meglio, il padre lo guarda in modo interrogativo.

Pawel – Se una persona muore all'estero, lo mettono lo stesso l'annuncio?

Krzysztof – Dipende, è a pagamento, se paghi lo pubblicano (*risponde senza levare gli occhi dal giornale, apparentemente disinteressato; Pawel guarda fisso penseroso*).

Pawel – Perché la gente muore?

Krzysztof – A seconda (*volge lo sguardo verso il figlio*), di cuore, di cancro, di incidente, perché si è vecchi (*apre la mano in senso esplicativo*).

Pawel – No, ma io dico che cosa è la morte (*volge lo sguardo verso il padre*).

Krzysztof – La morte... (*chiude il giornale*). Il cuore smette di pompare sangue, niente sangue al cervello così tutto si blocca, è andata, fine.

Pawel – Cosa resta?

Krzysztof – Ma resta quello che uno ha fatto, il ricordo di quello che ha fatto e di lui. I ricordi sono importanti, magari... lo ricordi per il suo modo di saltellare, ricordi la sua faccia, il sorriso, che gli mancava un dente davanti (*sorride*)... Troppo presto Pawel, che cosa vuoi da me a quest'ora. Rimandiamo. (*Versa il latte*).

Pawel – È inacidito?

Krzysztof – È inacidito!

Pawel – Lì c'è scritto «una prece in suffragio della sua anima», non mi hai mai parlato dell'anima.

Krzysztof – È un modo di dire addio; l'anima non esiste.

Pawel – La zia dice che esiste.

Krzysztof – C'è chi crede nell'anima per vivere meglio. (*Pawel abbassa lo sguardo*).

Pawel – Tu ci credi?

Krzysztof – Io? a dire il vero non lo so... a che stai pensando? cosa c'è?

Pawel – Niente... ero così contento stamattina quando ho fatto quei calcoli, quando il piccione ha mangiato le briciole, poi andando al negozio ho visto un cane lupo morto, mentre mi inginocchiavo mi è venuto un pensiero, perché questo, che mi importa di fare i calcoli giusti? a che cosa serve... ?

Krzysztof – E di, quale era?

Pawel – Quello con gli occhi gialli, stava sempre vicino ai bidoni, era sempre triste... lo conoscevi?

Krzysztof – Sì!

Pawel – Forse adesso sta meglio, eh?²².

Pawel e la zia Irena sono appena rientrati in casa, hanno ancora i cappotti indosso, si avvicinano al computer.

Pawel – Io ho fatto un programma sai? La mamma mi ha scritto una lettera (*la zia si siede*). Dice quello che fa ora per ora, io l'ho inserito nel computer e ho aggiunto anche la differenza di orario... adesso sono le 3 e 33 (*digita sulla tastiera l'ora, sullo schermo compare la risposta*)... Dorme!

Irena – Prova a chiedergli che cosa sogna?

(*Pawel esegue la richiesta*)

Pawel – ... (*Deluso*) Non lo sa.

Irena – E tu lo sai che cosa sogna?

Pawel – Non saprei.

Irena – Beh, è facilissimo, sogna te!

Pawel – Me?

Irena – Certo che sogna te.

Pawel – E certo... (*sorriso*)²³.

Queste due scene sono tratte da *Decalogo 1* di Kieslowski. La storia vuole testimoniare i limiti della razionalità, e far riflettere sull'impossibilità di prevedere e controllare il caso. Ma, adesso, soffermiamoci solo sulle due scene che vi ho mostrato, dimenticando la storia nel suo complesso. Credo che quasi tutti, tra i presenti, abbiano avuto sentimenti di simpatia e tenerezza nei confronti di Pawel, il bambino. L'espressione del volto, lo sguardo, i grandi occhi dolci, il tono della voce non possono che suscitare amorevo-

lezza, vicinanza, anche commozione. Questo primo movimento affettivo di simpatia atiene alla funzione sentimento, certo nella sua forma più semplice. Soffermando l'attenzione alla prima scena, nell'immediato il padre può apparire un po' ruvido. Indubbiamente le prime risposte che da a Pawel sono razionali, c'è un tentativo di mantenere una distanza emotiva e affettiva, ma la successiva risposta è già più relazionale. Comunque, a un certo punto, il padre comprende, sente che qualcosa ha turbato il figlio, consentendogli così di esprimere il disagio: la funzione sentimento gli ha consentito di entrare in relazione con l'altro, di entrare in rapporto.

Il dialogo della scena successiva tra la zia e il nipote può essere visto da diversi punti di vista. Si potrebbe pensare ad una iniziale mancanza di tatto della zia quando spinge Pawel a porre una domanda a cui sa che il computer non può rispondere: «prova a chiedergli che cosa sogna la mamma». Più verosimilmente la zia vuol far comprendere a Pawel i limiti della razionalità, della macchina; individuando questa domanda trova una via per penetrare in Pawel. Ma è la risposta finale in particolare che consente di cogliere un ulteriore aspetto della funzione sentimento in accordo con Hillman.

«Si dicono cose diverse a persone diverse, a seconda dei valori della situazione e a seconda di ciò che l'altra persona richiede. Queste risposte a domande possono non essere vere o corrette in base al senso logico, ma dal punto di vista del sentimento possono essere perfettamente giuste. Quando un bambino domanda una spiegazione, gli si può rispondere con il pensiero o con il sentimento; a volte un racconto che risponda all'ansia del bambino può essere più "vero" di una spiegazione intellettuale delle cause»²⁴.

Esistono tante verità psicologiche, una di queste è la verità del sentimento, la ragione del cuore che non sempre la ragione della mente può comprendere.

Ambulatorio chirurgico.

La paziente ha subito un intervento di mastectomia, è seduta sul lettino, in attesa del medico; l'infermiera l'ha preparata per la visita e sta terminando gli ultimi preparativi silenziosa (*la paziente appare come rassegnata, lo sguardo un po' perso*).

Si apre la porta alle spalle della paziente, entra il chirurgo...

Chirurgo – Salve, come andiamo? (*Prende la cartella, le domande sembrano formali e scontate, il medico non sembra ascoltare davvero le risposte*).

Paziente – Bene, grazie.

Chirurgo – Scusi l'ho fatta aspettare, ma è stata una giornataccia... L'hanno trattata bene?

Paziente – Sì, grazie.

Chirurgo – Le ha fatto male?

Paziente – Un po' sì.

Chirurgo – (*Si avvicina alla paziente, scosta il camice per vedere la ferita*) O.K., va bene, adesso togliamo i punti contenta? (*si volta per lavarsi e disinfettarsi le mani*).

Paziente – Dottore, mio marito è un bravo uomo e mi vuole bene, ma io credo sia un

poco preoccupato... questa cicatrice sarà sempre così?

Chirurgo – Dica a suo marito che sembrerà il paginone di Play-boy, ha anche le graffette.

Paziente – (*Sospira, reclina la testa*)²⁵.

Il chirurgo è in attesa nello studio della collega, specialista in otorinolaringoiatria, questa entra, ha in mano una cartella che sembra leggere, chiude la porta...

Dottoressa – (*Si avvia con passo deciso, passa davanti al collega-paziente costringendolo a indietreggiare*) Salve, scusi il ritardo, ma è una giornataccia.

Chirurgo – (*È in piedi davanti a lei, annuisce comprensivo, porge la mano tentando di presentarsi ...*)

Dottoressa – (*Gli volge le spalle*) Ah, sì so chi è lei, si sieda.

Chirurgo – (*Un po' stupito*) Certo²⁶.

Queste altre due scene sono tratte da *Un medico, un uomo*. In tutte e due le scene possiamo vedere gli effetti di una funzione sentimento non sviluppata: mancanza di tatto e sensibilità. Lo si può cogliere dal linguaggio non solo perché stereotipato e meccanico, ma anche per quello che comunica. Se davvero è stata una *giornataccia* vuol dire che sono stanco, poco disponibile, che il paziente è un'ulteriore difficoltà. Forse vuol dire «non pretendere troppo da me, è già molto che io sia qui». Fatica, come ho detto legittima, ma è da vedere se è legittimo *scaricarla* sul paziente. E ricordiamo che il paziente proprio col suo esserci contribuisce a creare l'identità del medico.

Anche tutto ciò che attiene la componente non verbale della comunicazione non esprime disponibilità alla relazione, al rapporto. Una funzione sentimento poco differenziata non vuol dire non provare sentimenti, anzi. Vuol dire non essere in grado di riconoscere, di utilizzare, di contenere i sentimenti. Così ecco la battuta di spirito, difensiva, che ancor prima che ferire il paziente in realtà umilia il medico. La domanda della paziente, la sua ferita sono testimonianza di una vita che segna, che impone interrogativi drammatici, che piuttosto che condividere attraverso la commozione è meglio allontanare con l'ironia. La domanda che la paziente pone è qualcosa a cui il medico deve, a sua volta, riuscire a dare, in una certa misura, risposta. Dico in una certa misura, perché le nostre risposte non possono essere mai definitive, solo temporanee. Ma, quel che conta è aver accolto la domanda. Poi, via via, nel corso della vita, troveremo risposte, forse, più adeguate. La dottoressa della scena successiva, in genere, suscita immediatamente sentimenti negativi. «Noi non siamo così ...» è spesso il primo commento, io, ovviamente me lo auguro. Però potremmo vedere in questa dottoressa – con la sua spigolosità, durezza, incapacità di comunicare, completa riduzione di sé nel ruolo tecnico – il simbolo di un clima nel mondo della sanità poco disponibile all'accoglienza, dal punto di vista sia dei luoghi fisici, sempre carenti per quanto

riguarda riservatezza e privacy, sia dal punto di vista relazionale. Ricorda Engehardt²⁷ come l'ingresso nel mondo della sanità sia per il paziente l'ingresso in un mondo estraneo, che di per sé intimorisce, in quanto sconosciuto; se poi a questo si aggiunge il timore, che il confronto con la malattia inevitabilmente porta con sé, sono evidenti le difficoltà che devono essere affrontate. Paradossalmente proprio nel momento in cui si avrebbe più necessità di attenzioni, queste sembrano ridursi. Certo qualcosa sta mutando, ma è un fatto che tuttora l'ingresso in un ospedale si accompagna molto di frequente a senso di disorientamento, difficoltà a trovare la propria meta e, spesso, una volta che è stata trovata, è inevitabile constatare una sorta di vallo che separa gli operatori sanitari dai pazienti e dagli utenti. Sicuramente la situazione non è quella che si poteva riscontrare negli ospedali psichiatrici di qualche decennio fa, quando, come mi raccontavano alcuni infermieri, il paziente doveva star sempre fuori dalla stanza della caposala e non passare mai davanti alla porta quando questa era aperta. Tuttavia recentemente un familiare, che aveva un parente ricoverato, mi riferiva il suo stato di sofferenza per essere stato malamente apostrofato dalla caposala in quanto aveva osato entrare nella stanza riservata al personale medico, alla ricerca di qualche informazione.

«Era un'ora che attendevo di incontrare qualche medico che avesse seguito il caso, ma nessuno sapeva niente, ero anche imbarazzato di star lì, senza avere un posto dove attendere e peraltro, non sapevo neanche chi attendere, cioè sapevo il nome, ma non lo avevo mai incontrato, quindi temevo anche che mi fosse sfuggito, allora ho preso un po' di coraggio e ho bussato ad una porta dove vedevo entrare e uscire medici e infermiere e appena ho socchiuso la porta sono stato apostrofato "Qui non si può entrare, aspetti fuori", senza che potessi provare a chiedere nulla».

Sì, sembrerebbe che il mondo della Sanità non sia fatto per gli introversi. Sarebbe necessario favorire lo sviluppo di una cultura dell'accoglienza all'interno delle strutture sanitarie, che consenta il crearsi di climi e atmosfere più favorevoli alla relazione. Sento già le possibili obiezioni: «è già molto riuscire a trovare un letto per i pazienti, figuriamoci se è possibile perdersi dietro a queste sofisticherie». Questa è una tipica razionalizzazione, che non vuol prendere in considerazione l'importanza del fattore umano, che è comunque superiore a qualsiasi fattore materiale, come ben sa chi opera nei servizi, e come numerosi studi di psicologia sociale dimostrano in modo incontrovertibile. Ancora questa razionalizzazione è tipica delle condizioni nevrotiche in cui si cercano sempre alibi, vie di fuga per non assumersi responsabilità. «Se la situazione fosse diversa, allora sì sarebbe possibile...», rinviando ad un tempo che verrà il cambiamento, e rimandando all'istituzione il peso della trasformazione. Si rinuncia così alla propria soggettività, ed è a questo punto evidente come chi ha rinunciato ad essere soggetto non possa incontrare altri soggetti. È chiaro comunque che la lamentela

esprime un malessere reale da parte degli operatori, un malessere che, come si è visto, ha origini lontane, fin da come è strutturato il curriculum di studi, e si aggrava per la mancanza di spazi adeguati all'ascolto di questo disagio. Disagio deriva da *dis* – prefisso che denota separazione, interruzione – e *adiacens* – che giace presso, essere vicino. Una sofferenza frutto della separazione, della mancanza di contatto. La sofferenza del paziente non accolto, è il sintomo anche della sofferenza di chi si fa incontro al paziente, per così dire, in modo non sofisticato, senza saggezza, senza consapevolezza.

«Sono desolato, dottor Barry, ma vorrei parlare con lei», disse Maurice, in preda a un'emozione così intensa che si sentì assolutamente incapace di esporre con parole adeguate il proprio caso.

«E parla, dunque».

«Veramente, intendevo dal lato professionale».

«Gran Dio, figliolo, sono sei anni che ho smesso di esercitare. Va' da Jowitt, per Giove. Su, siediti, Maurice. Godo di rivederti, non mi sarei mai sognato che tu stessi morendo. Polly! Porta il whisky per questo fiorellino languente».

Maurice rimase in piedi, poi si girò in un modo così strano che il dottor Barry lo seguì nell'ingresso e disse: «Oplà, Maurice! Sul serio, c'è nulla ch'io possa fare per te?».

«Lo credo bene!».

«Non ho nemmeno un gabinetto attrezzato».

«È una malattia di natura terribilmente intima, troppo intima perchè ne parli con Jowitt... ho preferito venire da lei... lei è l'unico medico al mondo col quale ho il coraggio di confidarmi. Un giorno, molto tempo fa, le dissi che speravo d'imparare a parlar chiaro. Era a questo proposito».

«Un disturbo segreto, eh? Bene, andiamo».

Entrarono in stanza da pranzo, dove la tavola era ancora ingombra del dessert. Sulla mensola del caminetto torreggiava una bronzea Venere dei Medici, riproduzioni di Greuze guarnivano le pareti. Maurice cercò di parlare e non gli riuscì, si versò un bicchier d'acqua ma non gli riuscì neanche allora, e ruppe in singhiozzi.

«Pigliatela calma», disse il vecchio con gran bonomia, «e tieni presente che ti ascolto in veste professionale. Non una sola sillaba di quanto mi dirai giungerà agli orecchi di tua madre».

La bruttura di quel colloquio lo sconvolse. Era lo stesso che ritrovarsi in treno. Maurice pianse per l'esecrabile passo che si trovava costretto a compiere, proprio lui che si era proposto di non aprire il suo animo con nessuno all'infuori di Clive. Incapace di trovare le parole giuste, borbottò: «Riguarda le donne...».

Il dottor Barry saltò a una conclusione... o meglio ci era bell'e arrivato fin dal momento in cui avevano scambiato qualche frase nell'ingresso. Da giovane aveva avuto anche lui un leggero attacco della malattia, e questo lo rendeva comprensivo verso chiunque ne fosse affetto. «Rimiederemo in quattro e quattr'otto», disse.

Maurice frenò le lacrime prima che potessero sgorgare liberamente, e sentì ammassarsi tutte le altre in una sbarra straziante che gli forava il cervello. «Ah, mi guarisca, per l'amor di Dio», disse, e si accasciò su una sedia. «Sono spacciato, o poco ci manca».

«Eh, le donne! Come ti rammento bene mentre pontificavi da quel palco, al collegio... era l'anno in cui morì il mio povero fratello... e tu fissavi con tanto d'occhi una tizia, moglie d'un insegnante, se non sbaglio. Questo ragazzo ha da imparare un sacco di cose, ricordo che pensai, e la vita è una palestra dura. Solo le donne possono istruirci, ed esistono le donnacce oltre alle donne perbene. Ah, poveri noi!». Il dottor Barry si schiarì la gola. «Su,

figliolo, non aver paura di me. Ti rimetterò in sesto, a patto che mi dica la verità. Quand'è che ti buscasti questo guaio della malora? All'università, forse?».

Da principio Maurice non capì. Poi la fronte gli s'imperlò di sudore. «Non è nulla di così sozzo», sbottò. «Sia pure nella mia odiosa maniera, mi sono mantenuto pulito».

Il dottor Barry parve offeso. Chiuse la porta a chiave dicendo: «Impotente, eh? Diamo una guardatina», con voce piuttosto sprezzante. Maurice si denudò, strappandosi rabbiosamente gli indumenti di dosso. Era stato insultato come aveva insultato Ada.

«Sei perfettamente a posto», fu il verdetto.

«A posto... che significa, dottor Barry?».

«Significa quello che ho detto. Sei un uomo pulito. Non hai motivo di preoccuparti da questo lato».

Maurice sedè davanti al fuoco e il dottor Barry, per refrattario che fosse alle impressioni, notò la sua posa: non era artistica, e ciò malgrado si sarebbe potuto definirla superba. Il giovane stava nell'atteggiamento consueto, e pareva che il suo corpo, non meno del volto, contemplasse indomito le fiamme. Lui non si sarebbe piegato... chissà come, impartiva questa certezza. Poteva essere lento, e goffo, ma una volta che avesse ottenuto ciò che voleva, non se lo sarebbe lasciato scappare finché il cielo e la terra non avessero fatto il viso rosso.

«Sei a posto», ripeté l'altro. «Potresti prender moglie anche domani, se ti piacesse, e se vuoi seguire il consiglio d'un vecchio, lo farai. Cos'è che ti ha cacciato in testa un'idea simile?».

«Dunque lei non ha capito affatto», ribattè Maurice con una punta di disprezzo nel terrore. «Io sono un innominabile della razza di Oscar Wilde». Gli si chiusero gli occhi, e premendo sulle palpebre i pugni serrati, stette immobile. Si era appellato a Cesare.

Alla fine si fece udire il giudizio, e Maurice stentò a credere ai propri orecchi. Ecco lo qua: «Corbellerie, corbellerie». Si era aspettato molte cose, ma non questa, se infatti le sue parole erano corbellerie, la sua vita era un sogno.

«Dottor Barry, può darsi che non le abbia spiegato...»

«Ascolta me, Maurice, non permettere che ti si ripresenti mai più quest'allucinazione maligna, questa tentazione del diavolo».

La voce lo impressionò... non era forse quella della scienza?

«Chi è stato a metterti in mente una menzogna simile? Come se non ti conoscessi per quel bravo ragazzo che sei! Non dobbiamo ritornarci sopra a nessun costo. No... non intendo discutere, non intendo discutere. Il peggior servizio che potrei renderti sarebbe quello di discutere sull'argomento».

«Mi occorre un consiglio», disse Maurice, sforzandosi di non soccombere al tono intimidatorio. «Non sono corbellerie per me, è la mia vita».

«Corbellerie», ribadì la voce autoritaria.

«Sono sempre stato così fin dai tempi più lontani, senza sapere perché. Di che cosa si tratta? Sono malato? In tal caso, voglio che mi si curi, non posso tollerare più al lungo la mia solitudine, specialmente questi ultimi sei mesi sono stati troppo duri. Qualsiasi cosa lei mi dica di fare, la farò. Ecco tutto. bisogna che mi aiuti».

Maurice ricadde nella posizione di poc'anzi, anima e corpo fissi a contemplare il fuoco.

«Su, rivestiti!».

«Scusi», mormorò Maurice, e ubbidì. Poi il dottor Barry spalancò la porta e gridò: «Polly! il whisky!». La visita medica era finita²⁸.

Questo episodio tratto da *Maurice* esemplifica una situazione in cui manca contatto e *insight* e evidenza come le relazioni siano davvero rischiose in quanto improvvisamente possiamo essere posti dinanzi a qualcosa che ci spaventa e che non siamo pronti a

reggere. Il medico fugge da qualcosa che evidentemente non ha risolto dapprima dentro di sé. Non ascolta Maurice fin dall'inizio, e giunge a conclusioni subito affrettate. L'ansia di trovarsi di fronte ad una qualche richiesta, domanda inaspettata è troppo forte, da qui la necessità di evitare rapidamente ogni incertezza. Se il problema riguarda le donne è ovvia la deduzione. In tal modo non si dà spazio all'altro. Il medico così come è orientato al fare, dimentica l'importanza dell'ascolto; dimentica come un bisogno primario dell'uomo sia l'essere ascoltato e accolto.

Vorrei che si cogliesse questo episodio in modo non letterale, ma simbolico. Accade di frequente che non si dia spazio all'ascolto e alla relazione, ad esempio quando si deve parlare di terapia, specialmente quando le situazioni sono più difficili e la malattia è seria. Ebbene, spesso non si dà tempo al paziente – escludendo naturalmente le situazioni di emergenza – di riflettere sulle scelte terapeutiche. È vero che spesso non ci sono alternative, ma in altre occasioni invece ne esistono di possibili. Sarebbe importante, indipendentemente dalla presenza o meno di alternative, parlarne in modo esaustivo con il paziente. Invece può accadere che le scelte vengano comunicate all'ultimo momento, quando magari il paziente è già in sala operatoria, coinvolgendo allora, apparentemente, i familiari; ma è un gioco di sponda che serve ad evitare il confronto con il paziente. L'assenza di alternative concrete non esclude l'importanza del dialogo, anzi è proprio attraverso la parola che la psiche può trovare nuovi adattamenti, e dare significato a situazioni profondamente drammatiche. Se la vita spaventa per l'oscurità dei disegni che ci riguardano, credo che il medico non abbia il diritto di aggiungersi a questa oscurità. In certi casi ne sarà strumento suo malgrado, ma non per scelta intenzionale. Viceversa il suo compito dovrebbe essere quello di accompagnare il paziente, illuminando i punti più oscuri, rendendolo partecipe, consapevole delle scelte.

In un'epoca in cui qualsiasi momento della nostra vita viene attentamente valutato – pensiamo ad esempio all'acquisto di una qualche bene; ci si informa, si fanno confronti, si soppesano le alternative, chiediamo l'intervento di esperti che possano consigliare, eccetera – sembra che proprio riguardo la salute questo non sia possibile e questa possibilità è ridotta in misura proporzionale alla gravità della malattia. Ne derivano amarezze e incertezze frutto del dubbio, che nasce più che da reali mancanze, da inadeguate modalità relazionali e comunicative.

I coniugi Odone sono nello studio di un noto professore. Stanno discutendo relativamente alle scelte terapeutiche per il figlio. Sono seduti gli uni di fronte all'altro.

Medico – Bene allora vi manderò dai nostri dietologi (*si alza raccogliendo dei fogli dalla scrivania, anche i coniugi Odone si alzano per congedarsi*) e nello stesso tempo dovremmo fare

predisporre dei controlli genetici.

Michela Odone – È molto, improbabile che avremo altri figli dottore. (*Mentre il marito l'aiuta a indossare il cappotto*).

Medico – Ma le sue sorelle e le loro figlie potrebbero essere delle portatrici, dovremmo sottoporle a dei test.

Michela – (*Si ferma, più attenta*) Solo la mia famiglia... e quella di Augusto?

Medico – No, no la Leucodistrofia viene trasmessa ai maschi solo attraverso la madre... (*con un certo imbarazzo*) ma io pensavo che lo sapeste.

Augusto Odone – Ma veramente noi sapevamo solo che era genetica, immaginavamo che fosse causata dalla combinazione dei nostri geni.

Medico – Questo è vero in altre malattie ereditarie, ma il difetto della Ld è legato al cromosoma

Michela – (*Si avvicina decisa al medico, liberandosi dall'abbraccio del marito, accorata*) Mi scusi sta dicendo che Lorenzo ha ricevuto il cromosoma sbagliato?

Medico – Signora Odone, nella LD non c'è trasmissione del difetto tra padre e figli maschi...

Michela – E io da chi l'ho ricevuto?

Medico – Beh nel suo caso da sua madre, signora.

Michela – E se ho ereditato il difetto perché non ho la malattia?

Medico – Ah la donna è solo portatrice, nient'altro; ma ad ogni concezione, ha il 50% di possibilità di trasmettere il difetto, beh insomma si tratta di una vera e propria *roulette* genetica.

Michela – *Roulette?* (*Sconcertata*).

Medico – Beh, si è una parola infelice, la uso perché... è tutto arbitrario, capite, la colpa non è di nessuno.

Augusto – (*Si avvicina alla moglie, come per proteggerla*) Scusi se la madre di Michela aveva questa cosa, e la madre della madre... perché non c'è stato nessun precedente?

Medico – Suppongo che se risaliste nell'albero genealogico, ma tenete presente che fino a poco tempo fa questo male non aveva neanche un nome. Signora Odone ha già abbastanza da sopportare senza che... lei non ha niente da rimproverarsi...

Michela – (*Alza lo sguardo, fissa il medico per qualche istante, fredda*) Grazie!²⁹.

In questo caso si coglie l'importanza della parola, e la presenza che ogni relazione richiede. Non ci sono critiche, si tratta di riflettere ancora sugli aspetti imponderabili che la relazione porta con sé e come la condizione di dolore accresca tale imprevedibilità. Non è mai possibile dare nulla per scontato. E di fronte all'inatteso è naturale perdere sicurezza. Ma questo deve essere accettato, non può essere evitato, l'importante è riflettere, raccogliendo il senso di ciò che accade. Il medico utilizza un'immagine, quella della *roulette*, forse guidato da un intento didattico esplicativo, che non risponde alle esigenze emotive della madre. Involontariamente, e casualmente, ne svela il complesso di colpa; ma il sentirsi responsabile, è una via per attenuare il timore di un destino cieco. L'incidente diventa anche l'occasione per gettare sul medico la responsabilità della propria sofferenza, questo lascerebbe intendere il secco e freddo saluto finale.

In macchina nel traffico di Roma, andando dal medico.

Oggi la vespa è rotta, allora ho dovuto prendere la macchina. Più di un'ora di traffico. Nel traffico ti vengono i nervi .. uno va dal medico perché sta male, paga dei soldi per poi sentirsi dire:

Medico – Io la vedo perdente, secondo me è più un fatto psicologico, dipende da lei, e io, mi dispiace, la vedo perdente. Guardi, adesso, perché si sta grattando?

Moretti – È il prurito ..

Medico – Ma non c'è un bisogno così urgente, però lei si gratta .. comunque. Trimeton f., 1 i.m. per 7 giorni. Fenistil Retard un confetto dopo cena. Io le medicine glielie ho date, però si ricordi, dipende da lei.

In macchina al ritorno.

– Oggi mi sono convinto che la causa del mio prurito è solo di natura psicologica, dipende, da me, è colpa mia, è solo colpa mia. Cerco di ricordarmi che cosa ho fatto, che cosa è successo otto mesi fa, quando è cominciato il prurito. Tutto dipende da me. Il medico mi dice che devo collaborare, che mi devo sforzare di non grattarmi. Tutto dipende da me, e se dipende da me, sono sicuro che non ce la farò³⁰.

L'episodio è tratto da *Caro Diario*. È stato detto che la vicenda del regista sia, in una certa misura, determinata dalla mancanza di un medico di fiducia, di riferimento, quale potrebbe essere il medico di famiglia, in grado di evitare la sindrome di Ulisse di cui anche Moretti rimane vittima. Forse l'inizio delle peregrinazioni può essere ricercato in quella visita di controllo in cui l'incontro con un medico diverso dal precedente impedisce l'instaurarsi di una relazione di fiducia, confonde il paziente per le comunicazioni contraddittorie e quindi lo smarrisce. La vicenda in sé testimonia come la medicina ottenga indiscutibilmente dei successi; Moretti guarisce da una malattia grave e, ancora non molto tempo fa, mortale. Tuttavia, nonostante il successo, resta sempre un senso di amarezza, e se tale stato d'animo è presente anche quando gli eventi evolvono in senso favorevole, è evidente come in caso contrario stati d'animo anche francamente ostili possano trovare nutrimento dal ricordo di situazioni relazionali ambigue e deludenti.

La scena che ho proposto evidenzia l'equivoco che spesso ha accompagnato l'incontro tra medicina e psicologia, sì che la psicologia entra nel paradigma causalista e meccanicista proprio delle scienze naturali. Allora il medico si interesserà alla psicologia se potrà fornire delle ipotesi etiopatogenetiche – ipotesi psicosomatiche ad esempio – e le riflessioni di Moretti, giustamente ne colgono l'aspetto colpevolizzante e disperante³¹. Ma compito della psicologia non è quello né di fornire modelli comportamentali, né teorie riduttive e meccanicistiche. Durante un seminario con futuri medici di famiglia sulla comunicazione col paziente, il gruppo entrò in dinamica sul fatto di come

comunicare notizie infauste. Da un lato vi era chi sosteneva che in ultima analisi ciò che contava fosse la sostanza della situazione e che pertanto questa non poteva essere mutata dalla forma, e, chi, viceversa, ricordava episodi di propri familiari profondamente traumatizzati dal fatto di essere venuti a sapere la verità senza la minima attenzione e, qualcuno disse, senza umanità. Io credo che un compito della psicologia sia quello di favorire la nascita di luoghi di ascolto e di contenimento dove le vicende, profondamente umane che il medico incontra lungo il suo cammino, possano essere rivissute, riscritte, interiorizzate. Si acquisisce, così, sensibilità psicologica, che è cosa ben diversa dal maldestro tentativo di fare lo psicologo facendo proprie ad esempio teorie psicosomatiche, che perdono ogni consistenza quando sono indiscriminatamente generalizzate³².

«Ricaviamo dal contrasto con gli altri la retorica, ma dal contrasto con noi stessi, la poesia... cantiamo in mezzo alla nostra incertezza»³³.

Contrasto e incertezza, rammenta il poeta, nella consapevolezza che «le verità possono essere colte non meno che due alla volta»³⁴; in ascolto di emozioni, sentimenti, affetti, proteggendoli dalla violenza di modi collettivi, che privano dell'intimità con se stessi. Un giardino segreto da coltivare, un ristretto cerchio in cui ritrovare il mondo. Abbiamo sempre più bisogno di poesia per vivere³⁵; e questa poesia nasce in noi, nel quotidiano accoglimento della vita. E se è vero che «la debolezza dell'altro, la sua paura, la sua sofferenza non è possibile farle proprie»³⁶, né ci è richiesto, tuttavia (se accettiamo di soffrire anche noi, di aver paura) possiamo dare ascolto e riparo a quella paura, a quella sofferenza che chiedono di essere accolte.

¹ Cfr. M. BUBER (1923\1962), *Il principio dialogico*, Milano, Edizioni San Paolo, 1993.

² H. GEORG GADAMER (1993), *Dove si nasconde la salute*, Milano, Cortina, 1994, p. 69.

³ Cfr. N. GIBBS, *Doctors and Patients*, «Time», 31 luglio 1989, p. 48.

⁴ D. MARAINI, *Ospedali-Lager, orrori: gli italiani dicono basta*, «Corriere della Sera», 31 agosto 1995.

⁵ F. ZORN (1977), *Il cavaliere, la morte e il diavolo*, Milano, Mondadori, 1986, pp. 151-152.

⁶ *Ibidem*, p. 156.

⁷ Cfr. J. HILLMAN (1975), *Re-visione della psicologia*, Milano, Adelphi, 1983.

⁸ E. D'ORS (1923), *Tre ore nel museo del Prado*, Parma, Pratiche Editrice, 1991, p. 17.

⁹ W. KANDISKY (1912), *Lo spirituale nell'arte*, Milano, SE, 1989, p. 17.

¹⁰ Cfr. M. BALDINI, *Silenzi e ascolto in psicoanalisi*, *Annali della Scuola Jungiana*, 2, 1992, pp. 59-80.

¹¹ S. SONTAG (1977), *La malattia come metafora*, Torino, Einaudi, 1979, p. 3.

- ¹² Cfr. F.J. VARELA, *Un know-how per l'etica*, Roma, Laterza, 1992. E. TORRE, M. ANCONA, *La formazione in oncologia*, in press.
- ¹³ H.R. WULFF, S. ANDUR PEDERSEN, R. ROSENBERG (1986), *Filosofia della medicina*, Milano, Cortina, 1995, p. 19.
- ¹⁴ Cfr. N. GIBBS, *Doctors* cit.
- ¹⁵ *Ibidem*.
- ¹⁶ C. MASLACH (1982), *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella Editrice, 1992.
- ¹⁷ C.G. JUNG (1935\1968), *Fondamenti della psicologia analitica*, in *Opere*, Torino, Boringhieri, 1991, Vol. XV, pp. 27-30.
- ¹⁸ *Ibidem*, p.30.
- ¹⁹ J. HILLMAN (1966\1971), *La funzione sentimento*, in *Trame perdute*, Milano, Cortina, 1985, p. 138.
- ²⁰ *Ibidem*, p. 68.
- ²¹ Cfr. C.G. JUNG (1912\1952), *Le due forme del pensare*, in *Simboli della trasformazione*, in *Opere*, Torino, Boringhieri, 1970, Vol. V. E. GRASSI (1970), *Potenza dell'immagine*, Milano, Guerini e Associati, 1989. D. FREEDBERG (1989), *Il potere delle immagini*, Torino, Einaudi, 1993. E.H. GOMBRICH (1991), *Il linguaggio delle immagini*, Torino, Einaudi, 1994.
- ²² K. KIESLOWSKI, *Decalogo 1*, Polonia, 1989.
- ²³ *Ibidem*.
- ²⁴ J. HILLMAN (1966\1971), *op. cit.*, p. 84.
- ²⁵ R. HAINES, *Un medico, un uomo*, USA, 1992
- ²⁶ *Ibidem*.
- ²⁷ Cfr. H.T. ENGELHARDT (1986), *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore, 1991, p. 294.
- ²⁸ E. M. FOSTER (1913\1914), *Maurice*, Milano, Garzanti, 1987, pp. 201-205. J. IVORY, *Maurice*, GB, 1987.
- ²⁹ G. MILLER, *L'olio di Lorenzo*, USA, 1992.
- ³⁰ N. MORETTI, *Caro Diario*, Italia, 1993.
- ³¹ Cfr. M. ORBECCHI, *Prigioniero della montagna incantata*, «L'Immaginale», 8, 175-189, 1987.
- ³² Cfr. M. ANCONA, E. TORRE, M. ORBECCHI, *Limiti della psicosomatica*, *Annali della Scuola Jungiana*, 2, pp. 17-25, 1992.
- ³³ W.B. YEATS (1917), *Anima Hominis*, in *Anima Mundi. Saggi sul mito e sulla letteratura*, Parma, Guanda, 1988, p. 226.
- ³⁴ J. GUITTON, *Arte nuova di pensare*, Milano, Edizioni Paoline, 1991, p. 16.
- ³⁵ E. MORIN, A.B. KERN (1993), *Terra-Patria*, Milano, Cortina, 1994, pp. 179-183.
- ³⁶ C.S. LEWIS (1961), *Diario di un dolore*, Milano, Adelphi, 1990, p. 19.