

Dall'altra parte

Emozioni e sentimenti nei luoghi della salute e della cura

Daniele Bruzzone

Ordinario di Pedagogia della vita emotiva - Università Cattolica del Sacro Cuore

Jerome Groopman, oncologo della *Harvard Medical School* e responsabile del reparto di Medicina sperimentale al *Beth Israel Deaconess Medical Center* di Boston, all'inizio del suo libro *Anatomia della speranza* racconta di quando, giovane studente di Medicina, incontrò una paziente affetta da tumore metastatico al seno, deceduta alla gio-

vane età di 34 anni per aver rifiutato di sottoporsi a chemioterapia. L'episodio, allora, lo aveva lasciato sconcertato. Soltanto molti anni dopo, il dott. Groopman riuscì a capire ciò che all'epoca degli eventi gli era sfuggito. La formazione medica che aveva ricevuto – scrive – non prevedeva l'esercizio dell'empatia, che perlopiù veniva avvertita come



Scienza e carità, 1897, Pablo Picasso (1881-1973), Museo Picasso, Barcellona, Catalogna, Spagna

Album / Alamy Stock Photo

un rischio di eccessivo coinvolgimento emotivo. Tuttavia, quel distacco che si riteneva “professionale” si traduceva in un fondamentale misconoscimento dell’animo umano:

A parole si riconosceva l’importanza dell’emotività dei malati; nei fatti, la si ignorava quasi completamente. Se qualcuno si fosse messo a parlare di psiche o anima, noi giovani medici, certi che il nostro futuro dipendeva dal rigore del metodo scientifico, avremmo come minimo inarcato le sopracciglia. [...] Meglio lasciare i problemi dell’anima e dello spirito ai non adatti alla stratosfera accademica, agli assistenti sociali e ai sacerdoti che collaboravano con gli ospedali.¹

Era il 1975. Nondimeno, questa riflessione mantiene la sua attualità, nella misura in cui nei luoghi della cura vige ancora (non sempre e non ovunque, fortunatamente) una rigida distinzione di ruoli, se non una vera e propria separazione tra chi cura e chi è curato, tanto da impedire la comunicazione profonda e la comprensione reciproca. Di questo paradosso hanno scritto, ormai vent’anni fa, tre medici italiani in un libro dal titolo *Dall’altra parte*², nel quale raccontano l’esperienza della propria malattia e il ribaltamento di prospettiva che questa esperienza ha provocato in ciascuno di loro. Abituati a mantenere le distanze, per i lunghi anni in cui si sono dedicati alla cura degli ammalati, non avevano mai compreso, tuttavia, che cosa significasse sentirsi feriti, impotenti e vulnerabili, se non quando sono stati costretti ad affidarsi alle cure di altri.

Analogamente, il protagonista del film *Un medico un uomo* (USA, 1991), brillante chirurgo poco incline alla compassione, quando scopre di essere

affetto da tumore alla laringe e deve suo malgrado sottoporsi a una serie di esami clinici anche invasivi, sperimenta sulla propria pelle, per una volta, che cosa voglia dire essere non dalla parte dei sani, ma da quella dei malati. Questa circostanza imprevista lo costringe a capovolgere il suo punto di vista e a cambiare il suo approccio all’educazione dei colleghi più giovani, che da allora in poi costringerà a subire per un giorno gli stessi esami clinici che in futuro dovranno praticare sui loro pazienti.

La dottoressa Rita Charon, medico internista autrice del programma di Medicina Narrativa alla Columbia University di New York, nell’incipit di un suo libro edito in Italia da Raffaello Cortina, invita a riflettere sull’inadeguatezza di una scienza che ha fatto passi da gigante sul piano tecnico, ma è ancora arretrata sul piano umano e relazionale:

Siamo diventati molto bravi a diagnosticare e curare le malattie. Sappiamo eliminare infezioni un tempo fatali, prevenire attacchi cardiaci, guarire leucemie infantili e trapiantare organi. Ma nonostante un progresso così impressionante, manca spesso la capacità umana di provare empatia per gli ammalati, di accompagnarli con onestà e coraggio verso la guarigione, nella lotta contro la cronicità o alla fine della vita. [...] I pazienti si lamentano spesso: non si sentono ascoltati, trovano insensibilità dall’altra parte. Invece di essere seguiti da una guida fidata, sono sballottati da uno specialista e da un protocollo all’altro. Magari ricevono cure tecnicamente adeguate, ma sono abbandonati alla paura e alla sofferenza.³

Queste testimonianze ci ricordano che la pratica medica, benché saldamente ancorata al metodo scientifico, richiede la capacità di esercitare l’empatia e la compassione, se non vuole correre il rischio di disumanizzarsi progressivamente. È noto, del resto, che il cinismo nel quale talvolta (forse nel tentativo di proteggersi dal dolore) si rifugiano certi professionisti, nuoce a loro stessi non meno che ai loro pazienti: l’eccesso di distacco, infatti, rende impersonali gli uni e gli altri.

“Cambiare approccio all’educazione dei colleghi più giovani costringendoli a subire per un giorno gli stessi esami clinici dei loro pazienti.

1 G. Groopman, *Anatomia della speranza*, Vita e Pensiero, Milano, 2006, pp. 36-37.

2 S. Bartoccioni, G. Bonadonna, F. Sartori, *Dall’altra parte. Tre grandi medici raccontano la loro malattia*, BUR, Milano, 2006.

3 R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Cortina, Milano, 2019, p. 17.

“ La pratica medica, senza l’empatia e la compassione, corre il rischio di disumanizzarsi progressivamente.

Di questo pericolo sembra avvertirci il famoso dipinto *Ciència i caritat* di un giovanissimo Pablo Picasso, appena sedicenne, mentre lavorava al numero 4 del Carrer de la Plata, nel quartiere de La Ribera. L’opera, ancora aderente al realismo figurativo dell’accademia, venne premiata all’Esposizione delle Belle Arti di Madrid nel 1897. Il quadro notoriamente rappresenta una scena terapeutica: un medico e una religiosa sono ritratti al capezzale di una donna gravemente ammalata, l’uno nell’atto di misurarle le pulsazioni cardiache, l’altra mentre le porge un bicchier d’acqua tenendo tra le braccia il suo bambino. Se tra il medico e la paziente non sembra esserci alcuna comunicazione (nonostante il contatto fisico), l’attenzione della donna è rivolta interamente *dall’altra parte*: il suo sguardo cerca il figlio, la sua ragione di vita. È come se l’artista volesse richiamarci a una verità molto semplice che

tuttavia rischia di rimanere nell’ombra: che quella donna, ancorché ammalata, è ancora una madre.

Nessuna cura clinica, che non presti attenzione a questa dimensione esistenziale, può dirsi adeguata all’esperienza umana della malattia. Perché, come il compianto Eugenio Borgna ci ha insegnato, la malattia:

cambia il nostro modo di essere e di sentire, e dopo la malattia non siamo più gli stessi. Cambiamo noi, e cambia il mondo in cui siamo immersi; e allora, quando abbiamo a che fare con la malattia e con il dolore di una persona, se non vogliamo perdere i contatti umani ed emozionali con lei, non dobbiamo dimenticare mai le metamorfosi esistenziali che alla malattia e al dolore si accompagnano.⁴

Per questo il professor Viktor Frankl, il neurologo sopravvissuto ai campi di concentramento durante la Seconda Guerra Mondiale, ripeteva spesso che “l’*homo patiens* esige il *medicus humanus* [...] che si comporti non solo da medico ma anche da uomo”.⁵ E il famoso filosofo e psicopatologo Karl Ja-



4 E. Borgna, *La dignità ferita*, Feltrinelli, Milano, 2013, p. 68.

5 V. E. Frankl, *Logoterapia medicina dell’anima*, Gribaudi, Milano, 2001, p. 121.

spers così descriveva la progressiva tecnicizzazione della medicina:

Il malato vede se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di procedure che passano sopra la sua testa. Si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il *suo* medico. Anche il medico sembra allora diventato un tecnico.⁶

Si tratta, insomma, di non smarrire la propria umanità nel momento in cui si vestono i panni del terapeuta, perché la comunicazione con colui che soffre è possibile solo sulla base dell'umanità che ci accomuna. È proprio questa *condition humaine*, che medico e paziente condividono, il fondamento di ogni autentico gesto di cura: solo quando riconosciamo nell'altro la nostra stessa umanità, il suo dolore può raggiungerci come un appello al quale non possiamo esimerci dal rispondere. Ma questo riconoscimento non avviene sul piano di un freddo calcolo razionale, bensì su quello incandescente della nostra sensibilità affettiva.

Lo stesso termine *adfectus*, participio perfetto di *adficere*, indica che qualcosa ci raggiunge e ci colpisce imprimendosi in noi, per così dire, con diversi gradi di profondità e durata: ci sono cose (o eventi, o persone) che lasciano un'impronta persistente e altre che ci scivolano addosso senza lasciar traccia. A seconda della loro rilevanza – e della nostra recettività – le cose (o gli eventi, o le persone) producono in noi un cambiamento (una *e-mozione*, appunto) e, nel contempo, una reazione: *adfectus*, infatti, non vuol dire soltanto essere *colpito* da qualcosa, ma anche essere *disposto* verso qualcosa. La natura dei nostri sentimenti è

“La competenza emotiva è decisiva per la qualità della cura, le emozioni permettono di non consegnare la medicina ad aride tecnologie diagnostiche.

esattamente questa: essi ci segnalano la rilevanza, il peso (il *valore*) delle cose che sperimentiamo (o degli eventi che ci accadono, o delle persone che incontriamo) e, insieme, ci dispongono ad agire nei loro confronti in un modo o in un altro.⁷

Si comprende, allora, come l'affettività e la capacità di provare emozioni sia alla base dell'etica della cura, come del resto hanno argomentato soprattutto pensatrici (donne, non a caso) come Carol Gilligan, Nel Noddings, Jean Watson o Rita Manning. Da questo punto di vista, la formazione iniziale e continua in medicina non può trascurare la competenza emotiva, in quanto rappresenta un requisito professionale indispensabile e un fattore decisivo della qualità della cura. Emozioni e sentimenti, insomma, non sono – come talvolta si crede – elementi perturbanti, disordinati o pericolosi; essi, al contrario, rappresentano la matrice di una cura adeguata alla dignità delle persone. Certo, come ogni competenza, anche quella emotiva, per svilupparsi, richiede di essere appresa e coltivata. Ma è l'unica chance che abbiamo per non consegnare la medicina esclusivamente “ad aride tecnologie conoscitive e diagnostiche alle quali sono del tutto estranee le ragioni del cuore”.⁸

6 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano, 1991, p. 51.

7 Per approfondire la fenomenologia dell'affettività, si rinvia a D. Bruzzone, *La vita emotiva*, Scholé, Brescia, 2022.

8 E. Borgna, *op. cit.*, p. 43.