

# *Il concetto filosofico di empatia come fondamento (debole) del rapporto medico-paziente*

Ilaria Meoli

## Premessa

Il tema mi è stato suggerito dal Dr. Colasanti in considerazione della mia appartenenza ad una famiglia religiosa (Suore carmelitane di S. Teresa di Torino) e degli studi di medicina che sto conducendo (in qualità di medico specializzando presso l'ospedale di malattie infettive di Torino).

L'unione di filosofia e medicina non è nuova. Mi è capitato di leggere, in un'autobiografia di Edith Stein, la fenomenologa allieva di Husserl, ebrea convertita al cristianesimo, carmelitana di clausura, morta durante le deportazioni naziste e proclamata recentemente santa e patrona d'Europa, che alcuni suoi compagni di studi filosofici erano medici. Attualmente nessun corso di laurea prevede lezioni di filosofia (e la maggior parte nemmeno corsi di bioetica). Il corso di psicologia clinica, nell'ambito della metodologia clinica, materia insegnata al terzo anno, ha proposto a me e ai miei compagni solo alcuni cenni alla relazione medico-paziente. Gli aspetti che riguardano il senso della malattia, l'identità del medico e del paziente e della loro relazione, il fine dell'agire medico, il significato della salute nella vita dell'uomo sono decisamente lasciati alla buona volontà, agli interessi personali e alla sensibilità di ciascuno.

Con questa mia breve ricerca ho approfondito il concetto di empatia principalmente secondo gli studi di Edith Stein e quindi ho voluto proporre, a fianco di questo, che resta un fondamento del rapporto medico-paziente, un altro aspetto, a mio avviso, più importante nella relazione d'aiuto: la ricerca della verità di sé e della situazione che si sta vivendo che non può essere condotta senza l'altro e della quale, anzi, quest'ultimo rappresenta la finestra aperta su una realtà che va oltre il razionalmente spiegabile.

Edith Stein ha ricercato costantemente e appassionatamente la verità della relazione con l'altro attraverso un dialogo fecondo con i suoi insegnanti e compagni di studi e nella vita concreta da lei scelta come crocerossina durante la prima guerra mondiale. L'incontro con la sua figura, prima, e i suoi scritti, dopo, è avvenuta grazie al fatto di condividere l'appartenenza alla stessa famiglia religiosa carmelitana.

Ho ricercato le motivazioni dell'ipotesi che l'empatia non sia l'unico fondamento della relazione medico-paziente, principalmente nella mia esperienza degli anni di studio e lavoro presso l'ospedale "Amedeo di Savoia" di Torino e nel confronto con la Bibbia.

Sono consapevole dei limiti che derivano dalla mancanza di una solida preparazione in ambito filosofico e dallo stesso metodo adottato (l'attingere all'esperienza personale) che può determinare la mancanza di rigore scientifico nell'argomentazione, il rischio di un'eccessiva soggettività che rende non generalizzabile le conclusioni e il pericolo dello scivolamento nello spiritualismo.

Ritengo, tuttavia, che l'approfondimento di questi temi attraverso la lettura, la riflessione e il confronto con le esperienze vissute possano costituire, comunque, un primo passo verso la

consapevolezza della grandezza e della bellezza del compito che, come medici, ci viene affidato di incontrare e prenderci cura dell'uomo dolente.

## 1. Empatia: definizione e storia del termine

L'empatia (inglese: "empathy"; tedesco: "Einfühlung"; francese: "empathie") è la capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo.

Il verbo tedesco fühlen (inglese: "to feel") è di origine germanica occidentale ed ha il significato basilare di "andare a tastoni". In origine indicava il tocco di oggetti materiali; solo nel corso del XVIII secolo viene usato anche nel senso di avvertire delle impressioni dell'animo. Il termine è stato introdotto dall'estetica romantica del 700 (Herder e Novalis) e fu impiegato per spiegare la risonanza interiore degli oggetti estetici. All'epoca, Einfühlung aveva assunto il significato di vivere un oggetto in relazione alla propria interiorità, trasmettendogli qualcosa di sé e riconoscendo se stessi in esso. Questo sentire dall'interno e sentire all'unisono rappresenta una forma di esperienza che supera la distanza e l'alterità di soggetto e oggetto. Per esempio diventa possibile rivivere la storia passata, un avvenimento o una grande personalità, come avvicinandola a sé, trovando una comunanza con la propria esperienza.

Lo studioso di München Theodor Lipps (1851-1914) ed altri letterati della psicologia empirica dell'inizio di questo secolo prendono ad usare il nuovo termine "Einfühlung" - ancora non tanto chiaro nella definizione scientifica - come termine tecnico per lo sforzo della persona di percepire l'esperienza soggettiva interiore propria o di un altro.

Edmund Husserl fenomenologo (1859-1938), si era appropriato di questo termine per utilizzarlo nei suoi metodi di ricerca filosofica della verità; tuttavia anch'egli non aveva ancora sufficientemente chiarito cosa dovesse intendersi precisamente ed in modo scientificamente univoco per "empatia". Questo è il compito che si proporrà Edith Stein. In sottili analisi, intessute da chiare esemplificazioni, e nel confronto con i dati precedenti di Theodor Lipps e di altri autori, Edith perviene ad un risultato tuttora valido, anche se la ricerca fenomenologica su questo difficile tema è nel frattempo avanzata, non ultimo grazie allo stesso Husserl.

Jaspers, medico e filosofo (1883-1969), ha ripreso il concetto per distinguere la comprensione empatica da quella razionale: "Quando nella nostra comprensione i contenuti dei pensieri appaiono derivare con evidenza gli uni dagli altri, secondo le regole della logica, allora comprendiamo queste relazioni razionalmente (comprensione di ciò che è stato detto); quando invece comprendiamo i contenuti delle idee come scaturiti da stati d'animo, desideri e timori di chi pensa, allora comprendiamo veramente in modo psicologico o empatico (comprensione dell'individuo che parla)".

### **L'interpretazione fenomenologica**

L'interpretazione fenomenologica dell'empatia prende origine da un contesto di significati denso e confuso in cui si mescolano i risultati delle riflessioni in campo estetico, psicologico e storico, il

distacco dal naturalismo ottocentesco e il nascente interesse per la vita sociale (nasce in quegli anni la moderna sociologia).

Alla base dell'empatia è rintracciabile quella condizione esistenziale che è l'essere in un mondo comune (Mitwelt), fatto non solo di cose, ma anche di altri uomini e donne, persone che hanno sensazioni, impulsi, desideri e che intrecciano il loro mondo con quello degli altri. "L'uomo vive più negli altri che in se stesso - scrive Scheler (1874-1928), uno dei principali rappresentanti di questa corrente di pensiero - più nella collettività che come singolo individuo, anche se lo stato affettivo di B, implicito nella pietà che io ne provo, resta lo stato affettivo di B: non passa in me che lo compatisco e non provoca in me uno stato uguale".

La presenza di altri uomini e donne si rivela attraverso l'esperienza globale e immediata di ciò che di essi è visibile (il volto, i gesti, i movimenti), udibile (le parole), tangibile (le carezze, lo sfiorarsi) e di ciò che è invisibile (la gioia, il dolore, la vergogna, la simulazione). La persona si esprime integralmente in questo orizzonte e non, semplicemente, attraverso esso.

Pertanto buona parte delle componenti della struttura comunicativa hanno la loro radice nell'originaria capacità comprensiva che si esprime nella simpatia.

### **L'interpretazione psicoanalitica**

Freud tratta l'empatia come sinonimo di immedesimazione e afferma che "dall'identificazione parte la strada che, passando per l'imitazione, giunge all'immedesimazione ossia alla comprensione del meccanismo mediante il quale ci è comunque chiesto di prendere posizione nei confronti di un'altra vita psichica". Questa presa di posizione è una sorta di intuizione che consente di accedere a quei campi e a quei processi della vita psichica comunque estranei alla propria esperienza.

### **L'empatia in Edith Stein**

Chi è Edith Stein? Lei stessa si presenta con queste parole:

"Io sottoscritta, Edith Stein, figlia del defunto commerciante Siegfried Stein e di sua moglie Auguste Stein, nata Courant, sono nata a Breslavia il 12 ottobre 1891. Sono cittadina prussiana ed ebrea. Dall'ottobre del 1897 alla Pasqua del 1906 ho frequentato la Viktoriaschule (la scuola femminile comunale) di Breslavia e dalla Pasqua del 1908 a quella del 1911 il liceo scientifico dello stesso istituto presso il quale ho conseguito la licenza liceale. Nell'ottobre 1915 ho sostenuto, presso il liceo S. Giovanni a Breslavia, l'esame integrativo in greco, con cui ho ottenuto la maturità classica. Dalla Pasqua del 1911 alla Pasqua del 1913 ho studiato filosofia, psicologia, storia e germanistica all'Università di Breslavia e, nei quattro semestri successivi, all'università di Gottinga. Nel gennaio 1915 ho sostenuto l'esame di Stato pro facultate docendi in propedeutica filosofica, storia e tedesco. Alla fine di questo semestre ho interrotto i miei studi per prestare servizio nella Croce Rossa".

Le pagine dell'autobiografia che descrivono il servizio presso la Croce Rossa sono, a mio avviso, particolarmente interessanti offrendo alcuni spunti per la riflessione sul rapporto con il paziente: "La cosa che preferivo era il contatto con i pazienti, anche se presentava qualche difficoltà. Nel nostro ospedale erano rappresentate tutte le nazioni della monarchia austro-ungarica: tedeschi, cechi, slovacchi, sloveni, polacchi, ruteni, ungheresi, rumeni, italiani. Anche gli zingari non erano rari. A questi si aggiungeva talvolta un russo o un turco. Per la comunicazione tra il medico e i pazienti c'era un libricino contenente le domande e le risposte che ricorrevano quotidianamente, in nove lingue, che divenne familiare anche per me. Ci si aiutava con queste quattro parole e il

linguaggio dei segni. Ci sarebbero state maggiori difficoltà se la gente avesse avuto bisogno di fare conversazione. Tuttavia la maggior parte di essi era in una condizione che escludeva tutto ciò. Il loro completo abbandono e il bisogno di assistenza mi rendeva particolarmente caro il mio lavoro. Molto presto imparammo a conoscere le differenze di nazionalità. Non avevamo neppure un tedesco del Reich nel nostro reparto. In seguito, invece, ne ho avuto qualcuno come paziente. Noi infermiere tedesche esultavamo quando trovavamo un compatriota in un trasporto, ma ben presto ci accorgevamo che i nostri compatrioti erano critici e pieni di pretese e riuscivano a mettere in agitazione tutta la corsia se qualcosa non andava loro a genio. Le «popolazioni selvagge» erano docili e grate. Mi facevano tanta pena i poveri slovacchi e ruteni che erano stati strappati dai loro pacifici paesi e spediti al fronte. Che cosa potevano saperne loro delle sorti del Reich tedesco e della monarchia asburgica? Ora giacevano là e soffrivano senza sapere perché. Gli ungheresi, tanto elogiati per il loro valore sul campo e cortesi e cavallereschi, erano i pazienti che si lamentavano di più. [...] I cechi, tanto odiati per aver tradito la causa tedesca, imparammo a conoscerli come i più pazienti e anche i più disponibili[...].”

La sorella Erna descrive gli anni successivi:

“Nel 1916 Edith andò a Friburgo in Brisgovia, per diventare libera assistente del professor Husserl. Nel settembre 1921 mi confidò la sua decisione di convertirsi al cattolicesimo, pregandomi di fare in modo che nostra madre si abituasse all'idea. Pur avendo mostrato sempre la più ampia comprensione nei nostri confronti e averci lasciato la massima libertà in ogni campo, la decisione di Edith fu un durissimo colpo per nostra madre, che era un'ebrea credente. Nel 1933 a causa delle sue origini ebraiche, Edith dovette rinunciare al suo incarico di docente all'Accademia cattolica di Münster. Anche in quest'occasione confidò a me per prima il suo proposito di entrare nel convento delle Carmelitane di Colonia. Le settimane che seguirono furono molto penose per noi tutti. Mia madre era veramente disperata e non riuscì mai a superare veramente questo dolore. Anche noi sentivamo che stavolta la separazione sarebbe stata molto più radicale, malgrado Edith non volesse riconoscerlo e continuasse a partecipare, dal convento, ad ogni avvenimento familiare con immutato interesse e affetto. Nel febbraio 1939 mi misi in viaggio con i bambini per raggiungere mio marito in America. Non riuscii a passare da Echt dove nel frattempo Edith si era trasferita. Mi sentivo relativamente tranquilla pensando che il convento offriva a Edith (e a nostra sorella Rose che l'aveva raggiunta) un rifugio tranquillo dall'aggressione di Hitler. Purtroppo tale supposizione si rivelò infondata. I nazisti non si fermarono neppure di fronte al convento, ma deportarono le mie due sorelle il 2 agosto 1942. Da quel giorno non abbiamo saputo più nulla di loro”.

### **Il problema dell'empatia**

Edith Stein è una donna di 27 anni quando pubblica la sua prima opera scritta, un libro di 140 pagine dal titolo *Zum Problem der Einfühlung* (Il problema dell'empatia). Il lavoro conteneva la parte principale i capitoli dal II al IV della sua dissertazione inaugurale, con la quale fu promossa, "summa cum laude", Dottore in Filosofia nell'agosto 1916 all'Università di Friburgo.

Edith iniziò questa opera nel 1914, già durante la preparazione agli esami di Stato a Gottinga con Edmund Husserl e lo completò in seguito dopo l'interruzione dovuto al suo impegno di volontaria presso il lazzaretto degli infettivi di Mährisch-Weißkirchen nel corso della sua attività scolastica a Breslau a partire dall'autunno 1915. Quest'opera rappresenta uno scritto del periodo ateo della sua vita, il quale in verità fu sempre caratterizzato da un'appassionata ricerca della verità.

Il pensiero di Edith Stein appartiene al contesto del movimento fenomenologico, i cui capisaldi erano rappresentati dall'intuizione e dall'accesso originale e diretto ai fenomeni e alla loro essenza.

Allieva di Husserl, Edith Stein raccolse in realtà una pluralità di suggestioni, provenienti dall'ambiente di Gottinga e in particolare da Scheler e da Reinach, a proposito dell'attenzione all'essere umano nei suoi aspetti estetico-sensibili, etico-pratici e spirituali (sensibilità, emozioni, volontà, credenze, fede), giungendo, tuttavia, ad affermazioni originali.

Soprattutto Max Scheler era divenuto per lei di significato determinante per il suo itinerario, come appunta nella sua autobiografia:

“Le sue conferenze erano per me particolarmente significative, poiché iniziavo proprio allora ad occuparmi del problema dell'empatia. Non so in quale anno Scheler sia rientrato nella Chiesa cattolica. Non doveva essere accaduto da molto. In ogni caso era il tempo in cui egli era totalmente pieno di idee cattoliche e si sforzava di combattere per esse con tutta la brillantezza del suo animo e la forza della sua parola. Questo fu il mio primo contatto con questo mondo a me fino ad allora totalmente sconosciuto. Non mi condusse ancora alla fede, ma mi aprì un campo di fenomeni davanti ai quali non potevo più rimanere cieca”.

Per lei era importante l'io, il suo vissuto, le regole degli atti di coscienza e i loro correlati che possono essere analizzati al livello “puro” e “assoluto”, conquistato mettendo da parte i risultati delle scienze e l'intero mondo fisico e psichico circostante (compreso quello del ricercatore), attraverso un livello specifico e del tutto autonomo di esperienza, quello dell'incontro personale, dell'attenzione alla vita soggettiva come quella parte “animata” della realtà che s'incarna nelle relazioni viventi tra le persone. Scriverà nella sua tesi di laurea sull'empatia:

“Il mondo in cui vivo non è soltanto un mondo di corpi fisici: in esso ci sono, esterni a me, soggetti che vivono e io so di questo vissuto... Non so soltanto quello che è espresso dal volto e dai gesti, ma anche ciò che si nasconde dietro; forse vedo che qualcuno fa una faccia triste, ma senza soffrire realmente. E ancora: sento che qualcuno fa un'osservazione indiscreta e vedo che arrossisce per questo; allora non soltanto capisco l'osservazione e vedo nel rossore la vergogna, ma noto che egli si rende conto che l'osservazione era indiscreta e si vergogna di averla fatta... Tutte queste realtà del vissuto altrui rimandano a una sorta di fondamento degli atti in cui viene colto il vissuto altrui e che ora vogliamo designare, prescindendo da tutte le tradizioni storiche legate alla parola, come empatia... Prendiamo un esempio per chiarire l'essenza dell'atto di empatia. Un amico viene da me e mi racconta che ha perduto suo fratello e io mi rendo conto del suo dolore. Che cos'è questo rendersi conto? Non mi interessa qui capire su che cosa si fonda il suo dolore o da che cosa io lo deduco. Forse il suo volto è sconvolto e pallido, la sua voce è rotta e priva di suono, o forse esprime il suo dolore anche a parole: tutto ciò può naturalmente venire indagato, ma qui non ha importanza per me. Non per quali vie arrivo a questo rendermi conto, ma che cosa è in se stesso, questo è ciò che vorrei sapere”.

“Empatia”, secondo la definizione iniziale di Edith Stein, quindi, designa un genere di atti, nei quali si coglie l'esperienza vissuta altrui.

Usa inoltre questo concetto per determinati atti percettivi particolarmente in relazione ad altre persone.

A differenza del giudizio, che è rivolto ad afferrare e comprendere argomenti, idee e concetti mentali di un altro (o le conseguenze causali di un fatto nella natura e nella storia), l'empatia indica un atto conoscitivo oppure la somma di atti percettivi, che è rivolto alla percezione soggettiva dell'altro, alla sua esperienza interiore e perciò anche alla sua stessa personalità. Con la scuola fenomenologica, si tratta, per lei, di comprendere e conoscere la realtà che ci circonda in tutti i suoi “fenomeni” (forme di apparizione). A questa realtà appartiene anche il fatto che ci siano “dati soggetti estranei e le loro esperienze”.

In primo luogo, Edith cerca di affrontare questo compito distinguendo l'atto dell'empatizzare da atti conoscitivi simili, che parimenti hanno per oggetto l'esperienza vissuta, soggettiva di un altro: dalla "percezione esterna", dal "sapere di vissuti estranei", dal "co-sentire" (Mitfühlen) e dall'"uni-sentire" (Einsfühlen):

L'empatizzare è distinto dal co-sentire (Mitfühlen). In questo caso, Edith sceglie l'esempio della gioia di uno studente per aver superato un esame: "nel co-sentire mi immetto nell'avvenimento del buon esito dell'esame, e quindi in quello per cui egli (cioè il compagno di studi) gioisce; io gioisco con lui per questo evento". Empatia al contrario significa percepire la stessa gioia che lo studente ha in sé: "Nell'empatizzare, colgo la sua gioia,.. e ciò facendo mi traspongo in essa".

Anche l'empatizzare (Einfühlen) e l'uni-sentire (Einsfühlen) sono due atti diversi. Quando godo di uno stesso avvenimento o di uno stesso oggetto di cui un altro gode, questo mi può condurre al fatto che non più solo io e lui, ma noi godiamo, noi ci uni-sentiamo nella gioia dello stesso oggetto. Ma anche questo è un processo nel quale l'atto conoscitivo è indirizzato all'oggetto comune della gioia, ma non alla stessa gioia dell'altro. Quindi "non è mediante l'uni-sentire che facciamo esperienza vitale degli altri, ma mediante l'empatizzare", perché solo "mediante l'empatia l'uni-sentire e l'arricchimento della propria esperienza vitale diviene possibile o può divenirlo".

Nel caso dell'empatia quindi, riassume Edith al termine di queste determinazioni concettuali, abbiamo a che fare con "una specie di atti di esperienza vitale sui generis: l'empatia, che abbiamo cercato di prendere in considerazione e di descrivere, è, in generale, esperienza della coscienza estranea".

### Empatia in pratica

Quando incontriamo una persona, ci troviamo di fronte alla sua "identità originaria", ma non solo: davanti a noi c'è l'espressione del suo volto, la sua emozione, il suo sguardo. Spesso non ce ne accorgiamo, oppure il rossore delle guance non ci appare differente a quello della buccia di una mela. Talvolta, invece, cogliamo in quell'espressione, in quel movimento... la gioia o il dolore, la malinconia o il pudore o altri stati d'animo che possono esserci noti in sé, ma che diventano irripetibili e unici giacché appartengono alla persona che ci è di fronte, con la sua storia. A questo proposito scrive:

"Ciò che gli occhi (la parte più espressiva del corpo) hanno da dirmi, non si limita alla identità della persona che incontro. Vedo anche il grado del suo essere desto o la sua tensione, nella fermezza del suo sguardo vedo la fermezza del suo orientamento spirituale e nell'irrequieto vagare dello sguardo l'agitato vagare da un oggetto all'altro. Inoltre vedo tutta la scala di sentimenti, ira, gioia, tristezza, orgoglio, bontà e nobiltà d'animo e vedo anche il modo totalmente personale in cui questa persona è buona, affettuosa o scostante. La vitalità con cui tutta questa vita spirituale m'invade non si può affatto paragonare al modo con cui mi accorgo degli stati sensibili".

Nel caso in cui riusciamo a cogliere lo stato d'animo della persona che abbiamo di fronte, come viviamo tutto ciò? Ci mettiamo nei suoi panni, provando anche noi gioia, dolore, riproducendo un'emozione già vissuta, rivivendola, partecipandovi? Spesso l'esperienza altrui viene ricondotta nel recinto della propria esperienza, oppure codificata secondo gli schemi impersonali delle spiegazioni scientifiche. Edith Stein dà pieno significato all'esperienza dell'uscire da sé nel momento in cui ci si rivolge al vissuto altrui: questa esperienza è giocata sul confine tra il sensibile e lo spirituale, l'interno e l'esterno, in cui l'altro è di fronte come "esterno" ed "estraneo", ma non nella forma di "oggetto-cosa", quanto nella forma del "corpo-anima" della persona che mi chiama

all'incontro, alla relazione. Pertanto l'empatia è il fondamento di tutti gli atti (emotivi, cognitivi, volitivi, valutativi, narrativi...) con cui viene colta la vita psichica altrui.

Secondo la teoria dell'imitazione, elaborata da Theodor Lipps, in me si realizza l'esperienza della vita psichica estranea, mediante la quale imito ("non esteriormente, ma interiormente") l'azione di un altro o la sua reazione ad una corrispondente sopravvenienza (l'atto visto fare da lui), partecipando così al vissuto interiore in tal modo espresso. "Allora giungo – scrive Edith Stein - in questo dato modo, non al fenomeno del vissuto altrui, ma ad una mia propria esperienza, che l'azione vista fare dall'altro, risveglia in me".

Come l'imitazione, così anche l'associazione ad essa collegata, non conduce realmente a "cogliere la vita psichica altrui"; in questo caso escludo le sensazioni che, in seguito ad una certa azione, io stesso ho o ho avuto intorno alle sensazioni dell'altro. Il seguente è un caso esemplare proposto da Edith: "Vedo qualcuno battere un piede rabbiosamente; mi viene in mente come io stessa ho battuto il piede con rabbia; nello stesso tempo mi si rappresenta la rabbia che mi aveva allora colto, per cui dico a me stessa: l'altro è ora arrabbiato come lo sono stata io. In questo modo ho ricevuto in rappresentazione non il percepire dell'altro, ma la mia propria percezione richiamata alla memoria, e di qui proiettata nell'altro".

Lo stesso vale per la inferenza per analogia, che inferisce l'esperienza psichica dell'altro, semplicemente sapendo che di norma alcuni modi comportamentali esteriori determinano altrettante sensazioni interiori.

L'empatia, così come Edith la intende, opera in un altro modo, che però è abbastanza difficile da "definire". È certamente distinguibile rispetto ad atti conoscitivi simili, ma non sufficientemente coglibile in definizioni positive. In che modo avvenga l'empatia, si può infatti solo descrivere e le parole che la descrivono sono come delle finestre, attraverso cui siamo costretti a sbirciare la realtà significata.

Possiamo intravedere l'empatia che avviene in un altro (un esempio evidente è rappresentato dalla stessa Edith Stein, che è stata definita un "genio dell'amicizia"); ma possiamo anche intravedere, nella propria coscienza, la capacità di potersi empatizzare nell'altro, nel suo dolore e nella sua gioia. Tali finestre sulla comprensione dell'empatia le troviamo in parole come "trasposizione empatizzante", "esperienza vitale della coscienza altrui", oppure "endosensazione" (Einempfinden); in frasi come: "empatizzando non tiriamo alcuna conseguenza, ma abbiamo il vissuto come esperienza estranea che viene data con il carattere dell'esperienza" e: "l'empatia pone immediatamente l'essere come atto esperienziale e raggiunge il suo oggetto direttamente"; oppure quando Edith descrive l'atto conoscitivo dell'empatia come una percezione, "in cui sono presso l'altro Io e rendo esplicita la sua esperienza vitale postvivendola".

Scrivono Edith Stein, in una sorta di riepilogo di questi concetti:

"Mentre cerco di chiarire a me stessa lo stato d'animo nel quale l'altro si trova, questo non è più oggetto in senso proprio, ma mi ha coinvolto in sé. Ora non sono più rivolto verso di lui, ma sono in lui rivolto verso il suo oggetto... Empatizzando la gioia dell'altro, io non provo alcuna gioia originaria, questa non sgorga viva dal mio io e nemmeno ha il carattere di essere stata viva una volta, come la gioia ricordata, tanto meno quello di essere puramente fantasticata senza vita reale... Nel mio vissuto non originario, mi sento lo stesso accompagnata da un vissuto originario che non è vissuto da me e tuttavia esiste e si manifesta nel mio vissuto non originario".

L'empatia, pertanto, attesta la possibilità della comunicazione dell'esperienza non perché due soggetti diventino uno, si confondano o trovino un'analogia, ma perché è possibile riferirsi ad una realtà che non siamo noi e non è una cosa, ma è la realtà vissuta da un altro essere umano. Per dare

piena verità a questo significato di empatia, non come immedesimazione o immediata partecipazione emotiva, ma come differenza, discontinuità tra me e l'altro, occorre entrare in relazione.

L'empatia, pur essendo una forma di conoscenza, pone il suo valore cognitivo nel "rendersi conto" di essere in relazione, ovvero nel comprendersi come aperti a qualcos'altro: "so" del dolore dell'altro, lo incontro presso l'altro che lo prova e lo esprime magari nei tratti del volto o in altri modi. Quindi empatia è esperienza specifica e non conoscenza congetturale del vissuto altrui.

Qui troviamo il punto d'aggancio tra il concetto di empatia e la vita mistica: forse Edith Stein, nella conclusione del suo saggio sull'empatia, già pensava ad essa come superamento della "prigione della nostra particolarità" soprattutto nella forma dell'esperienza interiore che conduce all'oscuro sentire della fede, all'abbandono nelle mani di Dio.

In molte maniere si mostra nell'analisi di Edith che l'oggetto conoscitivo dell'atto empatico, l'esperienza vitale altrui, può avere contenuti diversissimi. In modo corrispondente alla composizione dell'essere umano come una unità di corpo, anima e spirito, si può trattare di una esperienza vitale dell'altro corporale, psichica o spirituale. Edith dedica perciò due dei tre capitoli del suo libro ad una riflessione molto estesa sulla costituzione ontologica dell'essere umano, che lei considera come "individuo psicofisico" (capitolo III) e successivamente come "persona spirituale" (capitolo IV), per giungere in questo modo a descrizioni ancora più dettagliate dell'atto empatico.

Così ella parla, ad esempio, della "presentificazione empatizzante" in relazione all'esperienza vitale corporale dell'altro (come un po' il soffrire di dolori fisici); della "empatia sensoriale" oppure della "endosensazione" nei confronti dei suoi sentimenti e sensazioni psichiche (come press'a poco la gioia o la paura) di "comprensione post-vitale" o "coglimento empatizzante" del suo mondo spirituale di esperienze vitali.

Nel campo dell'esperienza vitale spirituale, che in base alla costituzione corporea dell'essere umano sta sempre naturalmente in relazione con l'esperienza vitale psicofisica, si apre ora al soggetto empatizzante il mondo della storia e della cultura dal quale questo essere umano è plasmato e che egli stesso in un certo modo continuamente conplasma e conforma, e che è appunto l'intero mondo dei valori, nei quali egli pensa, sente, e opera; e soprattutto l'essere umano stesso nel suo valore peculiare. Edith scrive:

"Come negli atti propri originari dello spirito si costituisce la propria persona, così negli atti vissuti empaticamente si costituisce l'altra persona, e quindi in certa misura si ha la percezione del suo valore".

È in definitiva lo stesso altro, che attraverso l'empatia viene percepito.

Edith non teme, in questo contesto pur all'interno del sobrio linguaggio dell'analisi scientifica di parlare di questo atto dell'empatia come di un "atto di amore": nell'atto d'amore si compie "un afferrare, ossia un intendere del valore della persona". E Edith conclude:

"Noi non amiamo una persona perché fa il bene, il suo valore non consiste nel fatto che fa il bene (anche se il suo valore può rivelarsi in ciò), ma nel fatto che la persona stessa è pregevole e noi la amiamo per se stessa".

In questo contesto, Edith ha elaborato un criterio decisivo, l'unico che rende possibile l'atto empatico nell'altro essere umano e nei diversissimi contenuti del suo vissuto soggettivo: l'empatia mi è possibile solo nella misura in cui sussiste una corrispondenza essenziale tra il mio essere e l'essere dell'altro. Edith parla dello stesso "typos", che deve essere dato perché io possa empatizzarmi in lui. L'empatia è quindi possibile essenzialmente solo nel "typos essere umano". Ma

poiché questo *typos* dell'essere umano è simile, almeno nel suo carattere corporale, ad altri esseri, posso empatizzare in un certo grado anche nel dolore di un animale.

“Quanto più tuttavia ci allontaniamo dal *typos* essere umano, tanto minore diviene la quantità di possibilità di attuazione dell'atto empatico”. E poiché nel campo dello spirito “ogni singola persona è per se stessa un *typos*”, potrò d'altra parte empatizzare in un'altra persona, solo nella misura in cui io stesso sono divenuta persona:

“Solo chi si sperimenta come persona, come totalità che possiede un senso, può capire altre persone; se no ci rinchiudiamo nella prigione della nostra particolarità; gli altri ci diventano un enigma oppure, ancora peggio, li modelliamo a nostra immagine e distorciamo così la verità”.

Quanto più un essere umano ha trovato il proprio “se stesso”, tanto più può diventare un “maestro di comprensione” e, nel senso di Edith Stein, “un maestro dell'amore”.

Mediante l'empatia percepisco l'altra persona nel suo valore peculiare e con il mondo di valori che essa si è fatto proprio. Ma questo ha anche come conseguenza una retroazione su di me: empatizzando nell'altro, si costituisce in me, soggetto empatizzante, un nuovo Io, in quanto “ogni coglimento di altre persone diverse - secondo Edith - può divenire fondamento di una comparazione di valore” e l'essere umano, che è stato percepito nell'empatia nel suo valore e con i suoi valori ci chiarisce “quello che noi siamo in più o in meno degli altri”. Allora, “empatizzando, ci imbattiamo in campi di valori a noi preclusi, ci rendiamo coscienti di un proprio difetto o disvalore”.

Giovanni della Croce (1542-1591), che due decenni dopo con le sue opere, tanto influsso avrà su Edith, ha forse voluto significare la stessa esperienza quando ha scritto: “L'amore rende simili l'amante e l'amato”.

## 2. Il rapporto medico-paziente

Cosa fonda il rapporto medico-paziente? Quale importanza ha in questo contesto l'empatia non come immedesimazione, ma come capacità di “entrare in relazione”? Gli spunti di riflessione forniti da Edith Stein sono la base di ogni relazione. Ritengo tuttavia che la particolare relazione tra il medico e il paziente richieda alcune precisazioni e proponga un “di più” che deriva dall’aver a che fare col mistero del dolore e della morte e, quindi con il senso stesso dell’esistenza umana.

Le considerazioni che seguono partono da una riflessione sulla figura del medico e del paziente oggi per terminare nell’interpretazione che la filosofia ha elaborato della loro relazione secondo il pensiero di Jaspers.

### **Il medico**

Nel corso della storia sono state elaborate diverse figure di medico: “sacerdote”, in epoca preistorica, “ippocratico” che cura razionalmente, osservando il complesso dell’uomo, “guida autorevole”, in epoca medievale e, ultimamente, “scienziato”. L’agire del medico, però, di fronte alla malattia non può essere dettato solo dalle conoscenze scientifiche e dalle abilità tecniche: egli non può dimenticare la dignità del malato, la sua autonomia decisionale, il valore insostituibile di ogni singolo uomo.

Le conoscenze scientifiche sono tramandate attraverso l’insegnamento esplicito, mentre l’umanità del medico non è materia di lezione, anche se, nel momento della visita, forse è questo aspetto il

primo ad essere trasmesso agli studenti e ai pazienti: ciò che "salta agli occhi" è la personalità del medico, il suo modo di agire e di parlare, il "clima" che si respira nel suo ambulatorio, nel suo reparto.

Alcuni aspetti sembrano sbilanciare verso l'aspetto tecnico-scientifico la figura del medico:

1. la crescente specializzazione con la conseguente difficoltà a trovare, nello sguardo del medico, l'unità della visione di "tutto l'uomo";
2. il rischio di considerare un uomo uguale all'altro, costituito da "parti di un meccanismo" da ripristinare nel suo funzionamento ottimale;
3. la tendenza dell'epoca moderna a costruire grandi strutture di diagnosi e cura, con il conseguente rischio di spersonalizzazione del rapporto tra medico e paziente;
4. lo smarrimento delle scienze naturali di fronte all'elemento psichico del malato (la sua "malattia immaginaria", la sua fragilità dal punto di vista volitivo nel momento della malattia).

Tutti questi aspetti (e forse altri ancora) hanno fatto sì che il rapporto medico-paziente sia entrato in crisi: ci sono molti bravi "tecnici", ma forse sono pochi i "medici".

Ma quali dovrebbero essere le caratteristiche di un "medico"? Il medico dovrebbe avere a che fare con il malato così come questi veramente vive (attenzione volta non solo agli aspetti di salute fisica, ma anche ai problemi sociali, familiari, relazionali); dovrebbe raccogliere sotto il suo sguardo unificante "tutto l'uomo" (condurre tutto l'iter diagnostico fatto di diverse indagini specialistiche, di terapie e norme igieniche da seguire). Il medico deve decidere se rivestire l'abito del "sacerdote" o quello del "tecnico" oppure se cercare di stabilire con i malati che gli sono affidati una "relazione" e, così facendo, unire in sé gli aspetti tecnici e quelli umanitari della sua professione.

Vivendo, nella fatica della quotidianità fatta dei limiti propri e dei propri pazienti, di impotenza, di dolore, di punti interrogativi di fronte al dolore fisico, alla malattia mentale, alla sofferenza spirituale, fa proprie alcune caratteristiche che determinano non solo la sua figura professionale, ma anche la sua personalità:

1. la sapienza che lo porta a tollerare la bugia per rispetto della creatura martoriata che ha di fronte, a rimarginare le piccole ferite mentre gli uomini ne aprono di più grandi e insanabili, a prendersi cura di ogni singola vita, mentre l'umanità ne distrugge a milioni;
2. l'imperturbabilità, per avere uno sguardo che sa penetrare senza che le lacrime ne pregiudichino la chiarezza;
3. il cuore desto pur nella necessaria freddezza;
4. la capacità di scorgere i limiti del proprio potere (può prolungare la vita, ma non eliminare la morte, essere d'aiuto nelle malattie mentali, ma non sopprimerle, lenire la sofferenza, ma non sconfiggerla del tutto, rimanere accanto a chi è senza speranza, ma non determinarne la guarigione, continuare ad onorare l'uomo che si trova dentro colui che è spiritualmente malato...);
5. la consapevolezza che la sua professione è fatta di continue scoperte.
6. Di fronte ad un compito così impegnativo, che investe tutta la persona del medico, non solo a livello professionale, ma anche esistenziale e relazionale si possono intravedere alcuni rischi, "scorciatoie", che consentono di percorrere una strada meno faticosa:
  - scetticismo (come forma di difesa di fronte a tutte le sventure e le debolezze che incontra nel suo lavoro);

- naturalismo (per spiegare, sotto la forma della legge causa-effetto, il mistero della malattia e della morte);
- miscredenza (guardando a tutto ciò che contrasta con una visione armonica del mondo, perde di vista l'aspetto "divino" della realtà).

Questi sono rischi reali con i quali il medico si trova a confrontarsi quotidianamente. Il modo con cui li supera determina la profondità del suo sguardo umano, l'intensità della sua speranza e della sua passione per la vita. Una certa dose di scetticismo può preservare dalle illusioni, così come un certo naturalismo può consentire di guardare con maggiore correttezza la realtà, e un poco di miscredenza può eliminare ogni rischio di scivolare nella magia e nella superstizione. E' solo attraverso una riflessione costante, quotidiana su sé e sui propri malati che il medico acquisisce una propria maturità che gli consente di sfuggire al ruolo di salvatore che tanti malati vorrebbero affidargli, di cadere nello sconforto di fronte all'incapacità, talora, di comprendere il tutto della persona che ha di fronte e, viceversa, di diventare suo "compagno di sventura".

## **Il paziente**

Il paziente è "colui che soffre". Ma cos'è la sofferenza, il dolore? In uno dei "sacri testi" della medicina leggiamo: "pain is a signal of disease... the most common symptom that brings a patient to a physician's attention... an unpleasant sensation localised to a part of the body... often described in terms of a penetrating or tissue-destructive process (e.g., stabbing, burning, twisting, tearing, squeezing) and/or bodily or emotional reaction (e.g., terrifying, nauseating, sickening)"<sup>2</sup>.

Il dolore è una sorta di ostacolo sulla "strada maestra della vita", che impone l'inesorabile imbocco dei sentieri laterali tortuosi, talora impervi ed oscuri degli itinerari diagnostici e terapeutici.

Il punto di partenza di questo itinerario è la salute che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"<sup>3</sup>. Il punto d'arrivo, per un medico, è ristabilire la condizione di "well-being" presente prima dell'insorgenza della malattia, tornare sulla strada maestra, guarendo la malattia o, almeno, eliminando il dolore che è la sua principale manifestazione.

Ben presto però, anche un medico alle prime armi, si accorge che non è sufficiente aumentare il dosaggio degli antidolorifici per far sì che la persona che si ha di fronte "stia bene": non prova più dolore, ma soffre! "Dolore" e "sofferenza" non sono la stessa cosa. "L'uomo soffre - si legge nella *Salvifici Doloris* - in modi diversi, non sempre contemplati dalla medicina neanche nelle sue più avanzate specializzazioni. La sofferenza è qualcosa di ancora più ampio della malattia, di più complesso ed insieme ancora più radicato nell'umanità stessa. [...] Per quanto si possano fino ad un certo punto usare come sinonimi le parole «sofferenza» e «dolore», la sofferenza fisica si verifica quando in qualsiasi modo «duole il corpo», mentre la sofferenza morale è «dolore dell'anima». Si tratta, infatti, del dolore di natura spirituale, e non solo della dimensione «psichica» del dolore che accompagna sia la sofferenza morale sia quella fisica. La vastità e la multiformità della sofferenza morale non sono certamente minori di quella fisica; al tempo stesso, però, essa sembra meno identificata e meno raggiungibile dalla terapia"<sup>4</sup>.

Se, dunque, l'obiettivo di un medico di fronte ad un malato è ristabilire la condizione di salute o almeno "controllare la sofferenza fisica", ciò che accade tra insorgenza del dolore, diagnosi di malattia e condizione di ritrovata salute, di "ben-essere" non è facilmente e razionalmente

descrivibile perché non segue la logica stringente della "medicina basata sull'evidenza", nella quale basta applicare rigorosamente le flow-chart diagnostiche e gli schemi terapeutici delle linee guida stilate in base ai risultati di studi clinici controllati, non solo perché ogni persona ha una propria risposta individuale alla noxa patogena e alla terapia, ma anche perché l'esperienza del dolore per quanto spiegabile con la fisiologia, rimane un mistero e la relazione medico-paziente, che è, di per sé, terapeutica riveste un carattere di unicità e irripetibilità.

Nel determinare le caratteristiche di quest'ultima, oltre alla personalità del medico, contribuiscono alcuni aspetti della maturità razionale e umana del paziente:

- il voler essere curato a tutti i costi;
- il non voler sapere, quanto obbedire (aspira alla verità solo il malato che è in grado di tollerarla e di partecipare all'incertezza del medico);
- l'antirazionalità (che non tollera la coesistenza di sapere e non sapere);
- l'idea più o meno positiva che il malato ha della sua malattia (ciò che si aspetta, teme, augura e spera).

## L'altro

Secondo Dussel<sup>5</sup> "il peccato originale della modernità fu di aver ignorato nell'indio, nell'africano, nell'asiatico «l'altro» sacro". E una delle critiche che vengono mosse alla cultura occidentale è la sua incapacità di pensare l'altro nella sua alterità e di essere attraversato dal meccanismo coattivo della negazione del diverso non riconducibile ai suoi valori e ai suoi modelli. Tuttavia, in Europa un effetto complessivo generato dalla scoperta delle civiltà altre è forse il relativismo culturale, etico e religioso, cioè una forma, sia pure imperfetta e contrastata, di decentramento e una messa in questione della propria identità tradizionale.

Esistono diverse figure di alterità. Alcuni esempi possono aiutare a comprenderle:

- vissuto all'estero per diversi mesi, il ritorno a casa e l'abbraccio della propria famiglia;
- all'estero, l'incontro con uno sconosciuto connazionale;
- vicino a casa, intendere alcune voci che parlano una lingua sconosciuta;
- sul marciapiede della strada percorsa quotidianamente, vedere un giovane con un cartoncino con la scritta: "ho fame";
- sull'autobus accorgersi di essere stati derubati;
- essere presentati da amici comuni ad una persona con un'evidente disabilità fisica;
- raccogliere l'anamnesi di un malato del quale è stata comunicata telefonicamente la positività per l'infezione da HIV.

Ogni altro, negli esempi, è portatore di una diversa alterità. Nel primo caso (il ritorno a casa dopo un soggiorno all'estero) si ha l'incontro con l'altro che è tale solo perché lontano dalla corporeità, ma non dal mondo affettivo.

Nel secondo caso (l'incontro all'estero con il connazionale) l'altro è lontano dal mondo affettivo, ma non da quello culturale.

Nel terzo caso (l'intendere voci che parlano una lingua straniera) l'altro è veramente estraneo, perché non abitante dello stesso mondo culturale di cui il linguaggio è emblema. Egli è "barbaro", cioè "balbuziente", incapace di esprimersi e, quindi, in quanto tale, sottovalutabile o, addirittura, demonizzabile. In questo senso l'alterità culturale rappresenta oggi una sfida per costruire un umano capace di abbandonare la vera barbarie rappresentata dalla negazione dell'altro come "altro".

Nel quarto esempio (il povero con la scritta: "ho fame") è esemplificata un'alterità ancora più radicale di quella culturale: quella di colui che non possiede nulla, non solo il pane, ma nemmeno le

condizioni per procurarselo. In questa situazione l'altro diventa un invito a essere e far essere "più umani", laddove "essere più umani" significa comprendersi nella propria verità, cioè come incapacità di autogarantirsi, in quanto affidati all'alterità dell'altro.

Nel quinto esempio (la scoperta di essere stati derubati), l'altro è visto come nemico: non solo "estraneo", ma anche "contro". Ripensiamo a quanto frequentemente i bambini adottati mettono a dura prova l'affetto dei genitori comportandosi talvolta in maniera contraddittoria con la loro aggressività che chiede: "mi volete bene?" e, contemporaneamente: "non voglio il vostro bene". L'alterità dell'altro, vissuta nella complessità dei rapporti umani può essere percepita (ed essere realmente) come inimicizia e solo oltrepassandola è possibile scorgere dietro ad essa un volto che chiede solidarietà.

Nel sesto esempio l'altro è tale dal punto del suo corpo. Il corpo è ciò che è immediatamente visibile dell'altro e che, se diverso dalla "normalità", diventa "il punto di aggancio" per considerare l'altro "diverso". Un esempio emblematico di questo è rappresentato dalla lebbra. Pensiamo alla considerazione di questa malattia nelle diverse culture: rappresenta il corpo "sfasciato", la persona che non reca in sé più alcun diritto ad essere considerata tale, che viene, pertanto, esclusa dalla comunità degli uomini.

Nella antropologia biblica la realtà della persona è espressa dalla complessità dell'essere che è composto da vari elementi: "basar", la fragilità; "ruah", il respiro che esce dalle labbra dell'uomo; "neshamah", la coscienza, la capacità di conoscersi e giudicarsi. L'uomo è "un miracolo"<sup>6</sup> perché le sue componenti non si scindono. La visione greca, introdotta poi in maniera dominante anche nella cultura cristiana, invece, non riesce a tenere compatti i vari elementi che costituiscono l'uomo. I racconti dei miracoli che Gesù compie "toccando" i corpi (sono, a questo proposito, particolarmente significative le guarigioni dei lebbrosi) non rappresentano la negazione della diversità, ma l'espressione della preoccupazione nei confronti dei corpi e l'affermazione che il corpo non è aspetto destinato al nulla, ma componente essenziale dell'uomo e che il corpo malato fa parte della realtà stessa della creatura.

Nel settimo esempio (il primo incontro con un uomo di cui si conosce la sieropositività per HIV) il significato simbolico che dell'infezione da HIV colora di "altro" senso la vita della persona che ne è affetta: la sua storia, i suoi affetti, il suo futuro... tutto è "altro", appartiene al mondo dei "positivi", o degli "omosessuali"; delle persone che "hanno cercato" la propria malattia e, quindi dei "colpevoli".

### **Lo straniero**

Incontriamo ogni giorno, nelle nostre normali attività o per strada, persone straniere, "senza luogo", che sono qui, ma che, forse, con il cuore, abitano "altrove": sono gli immigrati, i clandestini, gli extracomunitari, i profughi, i nomadi, gli zingari... Usiamo tutte queste parole, per definirli, talvolta non senza un vago senso d'inquietudine, derivante forse dalla paura di perdere il diritto di "abitare nella propria patria", di smarrire la propria identità culturale, di essere derubati del proprio lavoro e dei propri beni.

Nel "villaggio globale" della tecnologia e del mercato ci sono stranieri per turismo (nel 1995 le diverse compagnie aeree hanno trasportato circa 1 miliardo e 200 milioni di persone, circa un quinto della popolazione mondiale, senza considerare gli spostamenti in auto, nave, treno...); stranieri per disperazione e necessità (negli ultimi 10 anni i rifugiati sono stati 1 milione e 200.000, di cui 1/3 nella sola Africa, e gli spostamenti interni in paesi di guerra sono stati 25 milioni); stranieri per miseria e fame. Per questi ultimi la decisione di abbandonare la propria terra nasce anche dalla

consapevolezza che esistono nel mondo paesi privilegiati dove la fame è stata debellata e dove è concentrata la maggior parte del consumo mondiale e che la tecnologia può far sì che la fame non sia più una realtà ineluttabile.

Accanto a queste, che potremmo definire "motivazioni esterne", ci sono molte altre "spinte interiori": la speranza di una vita migliore, la ricerca di qualcosa di nuovo nella propria vita, il desiderio di conoscere realtà nuove, di allargare i propri orizzonti, l'occasione che si presenta nel seguire i propri interessi, lo studio, il ricongiungimento con i propri familiari, la sete di libertà, il desiderio di una realizzazione umana e sociale.

Cosa ci spinge ad accogliere lo straniero? Ci sono motivazioni che derivano dal diritto dei popoli: ogni paese deve essere aperto all'altro e deve dare dignità all'altro; tutti hanno il diritto di proseguire nel cammino, di avere una possibilità di riscatto, di vedere riconosciuto il proprio tentativo di andare in un altro paese. Il senso di fratellanza e solidarietà di un popolo verso un altro popolo non deve mancare nei confronti di persone che forse hanno già visto la propria speranza tradita in un viaggio inumano! Ci sono poi anche delle motivazioni "spirituali": per i Cristiani, ad esempio, l'accoglienza, ad imitazione di Gesù, che ha accolto tutti, peccatori e giusti, di qualsiasi paese e ceto sociale e la certezza, fondata sul suo insegnamento, che il futuro del mondo è essere tutti fratelli.

La scoperta della sacralità dello straniero resta una delle conquiste più alte dell'umanità. Tuttavia le culture hanno quasi sempre visto in lui una minaccia derivante dalla paura del diverso. Realisticamente bisogna riconoscere che, in alcuni casi, la paura è stata motivata dalle difficili condizioni in cui si trovano alcuni gruppi umani la cui storia è, come per tutti, storia di "lotta per la sopravvivenza".

Più che mai occorre ripensare il rapporto con lo straniero a partire da lui stesso, non più visto come minaccia da espellere, da collocare ancora di più "fuori" dai luoghi non solo materiali, ma anche sociali e culturali, dove si trovano gli "ospitanti", ma come "parola" e "volto".

Su di lui, per chi crede, vigila Dio stesso che comanda: "Quando uno straniero dimorerà presso di voi nel vostro paese, non gli farete torto. Lo straniero dimorante fra di voi lo tratterete come colui che è nato fra di voi; tu l'amerai come te stesso, perché anche voi siete stati stranieri nel paese d'Egitto. Io sono il Signore vostro Dio"<sup>7</sup>. Dio veglia sullo straniero non tanto per garantirne la dignità culturale, quanto per difenderne e promuoverne la vita, istituendo l'ordine del giusto e dell'etico, più radicale dell'ordine del riconoscimento e della tolleranza.

Il malato straniero porta con sé la propria cultura "non occidentale", la tensione tra distacco dalla propria patria e desiderio d'integrazione nella nuova, i propri "schemi relazionali" nei confronti del medico e della medicina. Prendersi cura di lui può essere un compito complesso e una sorta di "sfida" nei confronti della medicina appresa negli anni dell'università: la sfida di considerare l'impegno nella cura della persona di origine straniera che abbiamo di fronte non come frutto della propria generosità, ma come un suo diritto; la sfida dell'ascolto anche del non detto o non dicibile o detto in maniera diversa da quanto riusciamo a comprendere al posto della frettolosa conclusione che la persona che si ha di fronte è semplicemente "un caso di malattia d'importazione" o di malattia "della povertà"; la sfida della ricerca umile e paziente della verità insieme all'altro che si ha di fronte in risposta al mito della medicina ipertecnologica e infallibile che spesso il paziente straniero ha nei confronti della medicina occidentale.

## **L'interpretazione filosofica**

Com'è intuitivo, quanto detto sull'empatia è direttamente applicabile al rapporto medico-paziente: l'intuizione che il medico ha della vita interiore del paziente (ma anche l'intuizione da parte del paziente del vissuto del medico) può aprire a una feconda relazione tra i due con risvolti sul piano terapeutico, psicologico e di relazione con gli altri. Tuttavia né Edith Stein né altri fenomenologi hanno applicato al rapporto medico-paziente delle riflessioni specifiche.

Una interpretazione filosofica del rapporto medico-paziente è data da Karl Jaspers<sup>8</sup>, uno dei più grandi conoscitori dei problemi legati all'essere medico sia per esperienza diretta (ha concluso gli studi di medicina) sia per la riflessione su tale esperienza durata tutta la sua vita.

Egli si oppone alla considerazione della malattia solo come un processo naturale in cui il medico e il paziente, in quanto esseri razionali, si accordano per riconoscere e fermare il processo naturale che si va ad instaurare e, in quanto membri della stessa umanità, per perseguire lo stesso fine. Infatti, non è la verità dell'uomo che egli si ponga di fronte al proprio corpo come ad una realtà da comprendere e governare con l'aiuto della conoscenza scientifica. Occorre recuperare l'aspetto soggettivo della malattia che può avere in sé la potenzialità di condurre chi ne è colpito alla scoperta del "senso della vita". Il medico svolge la sua funzione non solo prendendosi cura del corpo, ma anche dello spirito in quanto deve aiutare il malato a riconoscere il senso della propria malattia.

In questi termini, la responsabilità del medico può essere distinta in "pratica" e "ultima": la prima entra in gioco nella cura del corpo e la seconda nell'aiuto nella ricerca del senso. L'umanità del medico e del paziente conduce oltre "l'oggettivazione della malattia" (condizione che rende possibile un intervento su di essa) per giungere a considerare la dignità di ogni essere umano, e oltre "l'oggettivazione della cura" (condizione che ne consente l'estensione, sulla base dell'esperienza, a persone affette dalla stessa malattia) per considerare il malato non "un caso" di un qualcosa di universale, ma una persona.

Il rapporto medico-paziente è fondato sulla libertà: la libertà del paziente è raggiungibile dall'intervento del medico e l'incontro di due libertà è il fondamento di un legame autenticamente umano, fondato sulla comunione mediante la comunicazione. Medico e paziente possono anche trovarsi ad abitare le tensioni che ogni rapporto autenticamente umano porta con sé: la tensione tra completo affidamento e bisogno di autodeterminazione; tra sensazione di dominio sugli eventi e di inefficacia dei propri interventi; tra nobiltà e meschinità; tra coraggio e vigliaccheria; tra gratuità e ricerca del proprio interesse. La verità del rapporto medico-paziente non deve, tuttavia, soggiacere alla confusione, in quanto il medico ha l'autorità per dare alla "parola" che è il fondamento della comunicazione, un'indicazione di senso.

### 3. Un'esperienza

#### **Uno sguardo aperto**

Esiste una medicina "delle grandi cifre" da non considerare come secondaria e quindi, in quanto tale, da snobbare. Fino ai primi anni del 1900 la laurea in medicina prevedeva anche degli studi di filosofia: servivano ad allargare lo sguardo sull'orizzonte dell'umanità, a renderlo attento ai cambiamenti, a tenere sempre ben presente il valore dell'uomo e a metterlo costantemente al primo posto.

Ora, forse la medicina "delle grandi cifre" serve a fare altrettanto, purché il medico sia capace di intuire che dietro ai numeri ci sono persone, famiglie, popoli e continenti interi che soffrono e voglia intuire un poco il lamento che si leva incessantemente da questa umanità dolente.

Da sempre, credo, c'è un legame tra malattie infettive e povertà ed emarginazione. Fino a poco tempo fa si riteneva che il progresso scientifico, lo sviluppo economico, i viaggi internazionali avrebbero determinato la scomparsa della povertà e delle malattie infettive ad essa associata. Invece uno sguardo all'epidemiologia globale delle malattie infettive mostra che la caratteristica fondamentale di queste ultime è la loro potenzialità di adattamento. Basti pensare a vaste epidemie di infezioni considerate "dell'altro secolo" (colera in Sud-America, peste in India e Madagascar), alla ri-esplosione di malattie considerate controllate o controllabili (tubercolosi e malaria), alla globalizzazione di infezioni appena scoperte (l'AIDS).

I numeri sono impressionanti: per la tubercolosi circa 6-8 milioni di casi all'anno e 1 milione e mezzo di morti soprattutto nei paesi dell'ex-URSS e dell'Africa sub-Sahariana; per la malaria, nella fascia tropicale e sub-tropicale, 300 milioni di persone affette da questa malattia ogni anno con almeno 1 milione di morti; per quanto riguarda l'infezione da HIV/AIDS, ne sono affetti 40 milioni di bambini e adulti; di questi 28 milioni e mezzo vivono nell'Africa sub-Sahariana.

Forse, se nel mondo cosiddetto "occidentale" si è assistito ad un importante progresso scientifico, ad un accelerato sviluppo economico e all'aumento vertiginoso dei viaggi internazionali che hanno effettivamente determinato un miglioramento nel controllo delle malattie infettive, nei cosiddetti "paesi in via di sviluppo" alcune situazioni hanno determinato nuove opportunità per le malattie infettive:

- l'urbanizzazione ha cambiato le condizioni socio-economiche di intere famiglie, ha determinato uno sradicamento culturale nel giro di poche generazioni, ha raggruppato grandi numeri di persone in spazi ristretti;
- i disastri naturali (come carestie e inondazioni) e/o provocati (come embargo internazionali, guerre civili, collasso economico...) peggiorano fino a livelli di "insopportabilità" le condizioni di intere popolazioni che, pertanto si trovano costrette a migrazioni di massa;
- infine le migrazioni che potremmo definire "ordinarie", effettuate con rapido spostamento di malati e di malattie (basti pensare all'aumento vertiginoso dei casi di tubercolosi negli immigrati nei paesi a bassa prevalenza).

### **La fatica e i perché**

Per due anni ho lavorato, in qualità di medico specializzando, presso il Day-Hospital dell'Ospedale "Amedeo di Savoia", l'Ospedale di Malattie Infettive di Torino. Sono stati molti i pazienti stranieri che sono giunti alla mia osservazione, e forse l'impressione era che fossero più di tutti gli altri Ospedali di Torino. Non era così: se, a livello italiano, su 100 pazienti ricoverati 20 sono stranieri, nel 2001 ho avuto a che fare con 45 pazienti stranieri su 474 (9%) e, nel 2002, con 47 su 338 (14%). Perché, dunque, l'impressione di un carico di lavoro più gravoso legato alla diagnosi e cura del paziente immigrato?

Forse le patologie erano più gravi per il ritardo con cui, in genere, il paziente immigrato si presenta all'attenzione del medico a causa della scarsa accessibilità dei servizi sanitari. Le quattro malattie più frequenti erano:

1. la tubercolosi (36%),
2. la sifilide (32%),
3. le epatiti virali acute e croniche (27%),

#### 4. l'infezione da HIV/AIDS (5%).

Nel 12% dei casi, tuttavia, nonostante i numerosissimi accertamenti eseguiti non si è giunti a formulare alcune diagnosi: la persona si era rivolta a noi per un problema sanitario reale, ci era stata inviata per questo motivo da colleghi qualificati, lamentava sintomi suggestivi di patologia infettiva, eppure non si riusciva a trovare niente di concreto per cui fornire una terapia adeguata.

Si aggiungeva, alla fatica del cercare e alla delusione del non trovare, la realizzazione che, alcuni pazienti non tornavano ai controlli successivi: dei 95 pazienti visti negli anni 2001 e 2002, 25 erano stati persi al follow-up... quasi 1 su 3!

Forse quella immigrata è una popolazione mobile (dal 2001 al 2002 nel nostro Day-Hospital è diminuita la quota proveniente dall'America Latina e aumentata quella africana), forse l'immigrato africano (sempre numericamente preponderante tra i pazienti stranieri giunti alla nostra osservazione) è "culturalmente" meno disponibile a seguire complicati iter diagnostici o lunghe e incerte terapie mediche o nessuna terapia, ma solo controlli periodici. Forse l'immigrato che ha sognato l'occidente come il luogo dove c'è tutto e tutti i problemi, compresi quelli di salute, si risolvono, fa fatica ad accettare che non ci siano risposte già pronte, la pillola che risolve ogni problema. O forse l'immigrato, che vive la tensione tra distacco e desiderio d'integrazione, manifesta a livello fisico quello che, in realtà, è un disagio psicologico, determinato dalla fatica di un lavoro pesante e, a volte, incerto... o dalla fatica di cercare un lavoro, dall'imbarazzo di chiamare "a casa" e dover dire che va tutto bene sapendo che non è così.

#### **Indagare dentro di sé**

Tutte le motivazioni sopra elencate possono essere determinate dalla volontà di comprendere l'altro. Per la mia esperienza (e non saprei dire altro), ritengo che, oltre a questo, si debba cercare dentro di sé, "ascoltare" quali motivazioni pone l'altro perché io lo ascolti.

La presenza del malato (e molto più se malato "straniero") è una presenza "fragile": si lamenta, ma il suo grido può non essere ascoltato (sono legittimata nel dire: "non capisco/non ho capito") eppure, è proprio questa fragilità, a sottrarci alla nostra in-differenza, e ci spinge a cercare di comprendere anche ciò che non è detto perché non dicibile o, semplicemente perché scritto in quanto di più profondo si trovo in ogni essere umano.

Il malato, nel manifestare il suo bisogno di salute, suscita la nostra responsabilità, cioè, la nostra capacità di rispondere a qualcosa che ci interpella, a mettere in moto ogni risorsa per risolvere il problema della persona che si ha di fronte, per alleviare la sua sofferenza. Lo straniero, rende ancora più evidente la motivazione dell'agire in risposta a un bisogno: la mia volontà è mossa dall'incontro con l'altro, in quanto "uomo" e non in quanto parente, amico, compaesano, connazionale...

Il malato che siede di fronte a me o che è nel letto al quale mi avvicino è un volto e, in quanto tale mi invita alla relazione: attraverso l'incontro con lui, scopro che la realtà dell'uomo è essere in relazione, sia pure asimmetrica, come nel caso della relazione medico-paziente, movimento verso l'altro, amore che non può fare a meno di prendersi cura.

## 4. Conclusioni

Il concetto filosofico di empatia per certi versi rende ragione della necessità, implicita in ogni relazione, di avere contemporaneamente presente la realtà dell'altro e la propria. La conclusione di Edith Stein è che ogni atto di empatia è un atto di amore e conduce alla scoperta del vero Io.

Amore è una parola così tanto usata da rischiare la banalizzazione o il sentimentalismo o spontaneismo se applicata alla relazione medico-paziente. Credo tuttavia che ogni relazione d'aiuto sia una relazione d'amore e che risponda al comandamento di Gesù: "ama il prossimo tuo come te stesso"<sup>9</sup> e "ama il prossimo tuo come l'ho amato io"<sup>10</sup>. Ma in che cosa consiste "l'amore di se stesso" per un medico e per un paziente? Si può assumere che ognuno è contemporaneamente medico e paziente nei confronti dell'altro che è di fronte? In che cosa è consistito l'amore del prossimo per Gesù? E amare come Gesù non impone di tenere fisso lo sguardo su lui sofferente, sfigurato dal dolore, ma trasfigurato dall'amore?

Ripartiamo dalla relazione con l'altro inteso come "umanità altra", la più dolente e non accolta, l'umanità dello "straniero", ripensando alla storia d'Israele: "straniero in Egitto" il suo lamento viene ascoltato da Dio. Ripensiamo anche all'episodio dei tre ospiti alle querce di Mamre: i tre stranieri, ospiti di Abramo, come segno di riconoscenza per l'accoglienza ricevuta, donano la promessa di una nuova vita: rivelano cioè la presenza di Dio datore di vita. Questi episodi sono indicativi di come, misteriosamente, per l'altro che soffre, il medico, chinandosi sulla sua sofferenza, può essere manifestazione della tenerezza, della vicinanza di un Dio che si china sull'uomo, che ascolta il suo grido e che allevia la sua sofferenza; e di come lo straniero accolto con premura e generosità può rivelare Dio stesso.

Si tratta di qualcosa che avviene "misteriosamente", che si può solo intuire in qualche modo, ma non cogliere totalmente. E' quello che i maestri dello spirito definiscono come "mistica". Questo termine manca, appunto, di contorni precisi. Deriva dall'aggettivo greco *μυστικός*, correlato al verbo *μύω* che significa chiudere occhi e bocca per divenire interiori ad un mistero, e al verbo *μυέω* che significa introdurre nei misteri. Presso i Greci la mistica era originariamente l'iniziazione ai misteri. La mistica cristiana può essere definita come momento o livello o espressione dell'esperienza religiosa in cui un determinato mondo religioso viene vissuto come esperienza di interiorità e di immediatezza o come una particolare esperienza religiosa di unità-comunione-presenza dove ciò che è saputo è la realtà, non una riflessione, una concettualizzazione, una rappresentazione del dato religioso vissuto. Di qui, da un lato il senso di indeterminatezza e di ineffabilità dell'esperienza "mistica" e dall'altro il problema del linguaggio dove quell'esperienza ineffabile viene detta. Il mistico "sa" Dio come "bene" e come "verità" non sul piano dell'intelligenza, ma su quello dell'amore.

Ogni religione ha una propria espressione mistica più o meno coerente con le diverse impostazioni strutturali, tradizionali, dogmatiche. Può esistere tra le diverse forme di mistica non cristiana una "mistica naturale"?

Il dialogo con la psicologia mostra che la mistica non è solo cammino religioso, ma anche terapeutico, che il divenire uniti a Dio sana le nostre ferite, ci libera da dipendenze interiori ed esteriori e ci conduce al nostro vero sé.

Queste strade sono percorribili dal medico e dal paziente di oggi?

Ovviamente, com'è intuibile, non esistono cammini già tracciati in questo ambito, anche se la strada da percorrere può ancora essere quella che "da Gerusalemme scende verso Gerico"<sup>13</sup>; e non esistono protocolli da seguire, se non i gesti semplici del "versare olio e vino", l'olio della consolazione e il vino della speranza, sulle piaghe di ogni malcapitato della terra; e il senso di tutto questo è il dovere di "prendersi cura" della persona che incontro, del "radicalmente altro", del quale

intuisco il dono e la bellezza proprio nella differenza che mi interpella e mi spinge a cambiare progetti e programmi... ogni giorno.

## 5. Bibliografia

1. Dizionario di Psicologia di U. Galimberti. Garzanti Editore.
2. Edith Stein. Storia di una famiglia ebrea - Lineamenti autobiografici - l'infanzia e gli anni giovanili. Città Nuova Editrice, III ed, 1999.
3. Laura Boella, Annarosa Buttarelli, "Per amore di altro – L'empatia a partire da Edith Stein". Raffaello Cortina Editore.
4. Karl Jaspers, "Il medico nell'età della tecnica". Raffaello Cortina Editore.
- A. Rizzi, "L'Europa e l'altro. Abbozzo di una teologia europea della liberazione". Ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 1991.
5. Inere Filippo Magnoni (a cura di), "Ippocrate eVangelo nella sanità che cambia". EDB, 2002.
6. Carmine Di Sante, "Lo straniero nella bibbia. Saggio sull'ospitalità". Città Aperta Edizioni, 2002.
7. S. Geraci (a cura di), "Approcci transculturali per la promozione della salute - Argomenti di medicina delle migrazioni". III ed. Edizioni Anterem, 2000.
8. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases. 8th edition W.B. Saunders Company.
9. Fortino, F. Pennazza, R. Boldrini, M. Randazzo, M. Marceca, S. Geraci. Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia (dati SDO 1998). ASI n. 10 - 8 marzo 2001.