

Paolo Marino
Cattorini

CURA

n

Parole segrete di cura

Hanna è una giovane operaia, con problemi di udito, che decide di partire e assistere Josef su una piattaforma petrolifera. Josef si è ustionato ed è ora cieco. Hanna lo accudisce con competenza. Josef deciderà di incontrarla, dopo la guarigione, per guardarla finalmente negli occhi. Chi è realmente Hanna? Che cosa ci faceva in fabbrica? Di quale patologia auricolare soffriva? Sembra che Hanna tragga piacere e giovamento dai lunghi discorsi e dalle impertinenti domande di Josef, che vuole sapere subito di lei, come è fatta, che cosa pensa, come è giunta a lui. L'alleanza che si stabilisce tra i due prende la forma di una cura reciproca: la cecità di lui addomestica il pudico riserbo di lei, che teme la violenza dello sguardo. La sordità le consente di rifugiarsi in uno spazio mentale, isolato e solitario come l'impianto di trivellazione costruito sulle acque. Ma questo rifugio è benefico anche per Josef, che avverte in quei delicati, ritrosi gesti assistenziali una risposta ai propri turbamenti, al trauma, a dilemmi mai risolti.

Le parole si fanno strada a fatica nel cemento-acciaio sferzato dal vento e sfidano le forze di un mare incombente, ostinatamente ondosso, prima di prendere le forme di un'imprevista amicizia. Le parole hanno una vita segreta: puoi dimenticarle o fraintenderle, ma lasciano comunque un segno nella mente. Sono una bava dolce o irritante sul corpo. Con le parole bisogna fare i conti. È una donna, Isabel Coixet, a dirigere Sarah Polley e Tim Robbins nel film spagnolo *La vida secreta de las palabras* (*La vita segreta delle parole*, 2005). È una donna, Hanna, a sfidare il mondo maschile degli operai del petrolio. Ed è ancora una donna, Cura, la protagonista della favola annotata da Igino, il mitografo romano del II secolo dopo Cristo.

Cura attraversa un fiume, vede del fango e comincia a dargli forma. Cura è pensierosa. Plasma la creta, prima di sapere con precisione che cosa sta portando all'essere. Mentre se lo domanda, Giove e Terra le si avvicinano. Cura chiede a Giove di donare il suo spirito di vita. Giove acconsente, ma vieta che Cura possa dare il proprio nome alla «cosa». Giove vorrebbe invece imporle il proprio. Ma anche Terra, che del resto aveva offerto parte del suo corpo, eleva analoghe pretese. Come mediare il conflitto? Scegliendo un terzo soggetto, Saturno, giudice

equo, che sentenza così. Dopo la morte, Giove ne prenderà l'anima e la Terra il corpo, ma Cura ha fatto questo essere per prima e quindi lo possiederà finché esso vive. Altra decisione di Saturno: si chiamerà *homo* in quanto tratto dall'*humus*.

Che cosa hanno a che fare tra loro il mito, il film e l'attitudine di accudire? Che rapporto esiste tra i gesti di cura e la verità dei personaggi, i loro nomi e destini? Scioglieremo uno alla volta i fili di questo gomitolo, che ci è ruzzolato tra i pensieri. Ma prima di farlo, accenniamo a un altro incontro memorabile. Nel Vangelo di Luca, al capitolo 10, versetto 25, un malizioso dottore della legge, tutto intento a giustificare se stesso, interroga Gesù su come acquistare la vita eterna e su *chi sia* il suo *prossimo*. Gesù non cade nella trappola delle definizioni teoriche e dei precetti a buon mercato. Racconta invece una storia assai istruttiva, quella del buon samaritano, e alla fine è lui a ribaltare la domanda: quale dei personaggi è stato il prossimo per il povero viandante percosso e derubato? Il colto interlocutore ha inteso e risponde: colui che ebbe compassione! L'esperimento mentale è riuscito. Gesù ha rimesso al giusto posto le categorie concettuali e le ha collocate nel contesto di una narrazione coinvolgente. Come a dire:

prima ascolta o racconta una storia, poi capirai il significato dei nomi che usi e potrai pretendere una definizione vera. Il sapiente è pronto per ricevere il suggerimento decisivo: «Va', e anche tu fa' così» (v. 37). I dottori della legge sono a volte vittime del loro mestiere e idolatrano la legge, la legge – s'intende – dei dottori. Gesù spezza questa falsa devozione alla regola e mette in moto, grazie a un racconto, la ricerca della verità. Gesù mostra d'aver cura delle parole come ha cura dei deboli, dei violentati. I discepoli se ne ricorderanno, quando parleranno di lui, di lui come «la» Parola vivente.

Dunque *tra la parola e la cura* si instaura una corrente di verità. Aver cura di un paziente, come Josef, significa lasciare che i gesti si trasformino in un dialogo, attraverso cui la verità di entrambi i partner venga alla luce. Anche il gesto di Cura, che plasma il fango, cerca il senso di ciò che sta facendo e il nome di quel manufatto: parole divine lo riveleranno. La parola prolunga la cura, la completa, ma fa anche dell'altro: la corregge, la orienta. Il dottore della legge, che ha cura della propria vita («che cosa devo fare per possedere la vita eterna?»), ora conosce la parola «prossimo» e sa quel che va fatto. Le vicende di Hanna, di Cura e di Gesù mostrano quanto conti aver cura di ciò che si

dice: una presentazione (l'infermiera che si qualifica davanti all'ustionato Josef), una sentenza (quella emessa da Saturno), una definizione («essere prossimo a qualcuno») sono come una materia argillosa, che va lavorata nel corso di una relazione. Senza questa fatica, persino atti premurosi possono essere fraintesi e diventare inefficaci. Viceversa, senza il contatto tra corpi, senza il calore di una comunicazione, la parola rischia l'inutilità o persino la menzogna: Hanna è misteriosamente spinta al viaggio sulla piattaforma; Cura agisce, prima di e per sapere la verità; Gesù trattiene il suo interlocutore, gli offre ospitalità dentro un racconto (la parabola del samaritano) e solo alla fine gli pone la domanda decisiva.

Se una verità accade, accade nel campo di forze teso tra cura e parole. La cura *esige parole*. E le parole *cercano un racconto*, che mostri il loro significato e le leghi lungo una trama accogliente. Quindi un'ipotesi può essere già ora espressa. Un sospetto utile al nostro lettore. Nell'incombenza del male, che può renderci sordi o ciechi, che ci deruba come fa un brigante, che fa vacillare i nostri rapporti e le nostre convinzioni, che ci strappa il dizionario con cui davamo nome alle cose, agli eventi, alla prossimità stessa degli amici, sentiamo che qualcosa,

in noi e fuori di noi, si oppone alle avversità. Un racconto felice, di cui abbiamo avuto notizia, ci invita a narrare ancora la nostra vicenda, in cerca di un finale degno. Uno straniero, imprevedibilmente, lenisce le nostre ferite. Forse la passione che nutriamo per le cose è ricambiata? C'è qualcosa o qualcuno, nel mondo, interessato a noi? Mentre i pensieri inseguono una verosimile risposta e nuove emozioni ci invitano ad esplorare ancora, le nostre mani plasmano il fangoso destino, in cui ci siamo imbattuti. Ciò che è accaduto senza di noi o contro di noi, merita di venire riplasmato, di assumere un volto più umano. Cura sorregge questo impegno di giustizia. *Cura è desiderare che la verità prenda forma.*

Medicina e cura

La medicina cura? La medicina offre dispositivi di cura, ma si prende cura di chi soffre? Le frequenti lamentele di pazienti, associazioni di malati e degli stessi operatori sanitari segnalano, pure in contesti in cui è riconosciuto per legge il diritto all'assistenza sanitaria, una *crisi etica* dell'idea di medicina. Qual è la promessa che impegna un professionista sanitario? Promuovere la salute dei cittadini? Ma, da capo, che cosa significa oggi salute? Circola una nota definizione. Salute non sarebbe la semplice assenza di malattia o infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale¹. Un ideale, certamente. Ma ancora proponibile? Oppure ormai corroso e illanguidito in un auspicio vago, in un mero appello retorico?

¹ L'Organizzazione mondiale della sanità, un organismo delle Nazioni Unite, ha fra i suoi compiti la promozione delle condizioni di una più piena salute. In questa ottica elaborare una definizione risulta utile. La *Dichiarazione di Alma Ata* (1978), in particolare, è commentata da E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Vita e Pensiero, Milano 1991, 19.

Anzitutto, a guardar bene, la salute non può essere uno stato, ma piuttosto un *equilibrio* dinamico in perenne oscillazione. L'organismo cerca costantemente di imporre le proprie norme a un ambiente, che gli fornisce risorse vitali essenziali, ma nel contempo lo stimola, provoca, assedia, minaccia. La salute di un vivente risiede nell'elasticità della risposta a queste perturbazioni, nella riserva energetica grazie a cui vengono inventati nuovi compromessi, nella capacità degli organi di sviluppare funzioni riparatrici, sostitutive, evolutive. L'organismo è, sin dalla biologia dei greci, un insieme di *parti che si prendono silenziosamente cura* le une delle altre, come sotto l'influsso di una forza unitaria di coordinamento. La salute – è stato scritto con una certa verità – è la vita nel silenzio degli organi e «guarire significa darsi nuove norme di vita, talvolta superiori alle precedenti»².

Inoltre, la salute è davvero identificabile in un benessere *completo*? In realtà, quando pensiamo a qualcuno che sta bene, gli attribuiamo una salute buona, apprezzabile, sufficiente. Sappiamo che in noi c'è sempre, magari di nascosto, qualcosina che non va. Che farcene allora di

² G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, 190. La definizione di R. LERICHE (il chirurgo autore di *La Philosophie de la Chirurgie*, Flammarion, Paris 1951) è citata da CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, 65.

una definizione così utopistica? Essa può risultare utile quando si parla di criteri generali per importanti decisioni etico-politiche, che fanno spesso ricorso a termini come giustizia, verità, democrazia, libertà. Purtroppo a questo lessico astratto siamo costretti a rinunciare quando misuriamo il duro mestiere di vivere. Come cittadini sappiamo di abitare mondi imperfetti, talora francamente ingiusti, falsi, dispotici, servili.

Mondi resi artificiali anche da certe pretese sanitarie. La *medicalizzazione della vita* ha invaso fasi cruciali dell'esistenza e le ha colonizzate non solo sul piano tecnico ma culturale. Si nasce in ospedale, si muore in *hospice*, si trascorre un tempo sempre maggiore in strutture tecnicizzate, si comprano in farmacia prodotti d'ogni tipo, si cerca con premura un medico specialista, affinché risolva il «guasto» che affligge il funzionamento corporeo. Ci sono ovviamente vantaggi in questo orientamento: una diffusione dell'informazione, l'esclusione di molti ciarlatani, la precisione dell'intervento diagnostico, l'uso di farmaci verificati, la personalizzazione della modificazione terapeutica.

Ma occorre denunciare anche alcuni *rischi*. In primo luogo i fattori di salute hanno una ricca componente sociale, che non è di competenza biomedica, ma eventualmente politico-

economica. Nel domandarsi se i ricchi guariscono prima, una rivista dei gesuiti non temeva di denunciare che «le probabilità di contrarre alcune malattie sono legate profondamente alla condizione socio-economica della persona. Questa espressione comprende sia la professione svolta, sia il reddito annuo, sia il grado di istruzione, sia il luogo di nascita». Si possono ridistribuire più equamente alcune di tali variabili? La riallocazione dovrebbe essere coraggiosa, dato che «le risorse presenti nel mondo certamente consentirebbero di assicurare un certo livello di salute di base a tutti, ma forse non cure ultra sofisticate come quelle a cui noi a volte siamo abituati»³.

In secondo luogo, la medicina genera purtroppo effetti collaterali. Si definisce *iatrogenesi* il danno prodotto dall'impresa sanitaria. Ma non si tratta solo del rischio di contrarre certe malattie quando si è ricoverati in ospedale. La *iatrogenesi culturale* è una lesione più sottile e consiste nell'impovertirsi del linguaggio, dei gesti, dei riti, con cui il gruppo sociale provvedeva da sé ad affrontare fasi delicate dell'esistenza, come appunto la malattia, la nascita, la disabilità, la morte. Se si delega a uno specialista del corpo/psiche il compito di gestire questi

³ Editoriale, «La Civiltà Cattolica» 161 (2010) IV q. 3850, 319-326.

momenti di difficoltà, la comunità civile perde l'abitudine e le capacità di condividere e affrontare assieme le ansie e le speranze, le paure e le decisioni vitali, che scandiscono l'esistenza⁴.

Nella misura in cui la medicina si presenta come una religione secolare, che presume di fornire risposte non solo alla domanda su «come fare», quando si sta male, ma addirittura su «*perché* intervenire» e «*quale senso*» attribuire al disagio, è comprensibile che si realizzi un esproprio da parte dei tecnici, i quali peraltro prima o poi dovranno dichiarare la loro balbettante incompetenza nell'affrontare da soli questi temi. Il profano si sentirà tradito da questa tardiva confessione di impotenza e svilupperà reazioni sfiduciate, se non addirittura aggressive. Gli esempi sono molti: la difficoltà di condividere a domicilio la fase terminale di una malattia, che colpisce un nostro familiare, non è solo dovuta alla ristrettezza fisica dell'appartamento o alla carenza di soldi e tempo, ma anche al peso di sostenere una relazione e una comunicazione autentiche, quando incombe un evento considerato tabù (la morte) e mai elaborato assieme, ma consegnato alle competenze fisiopatologiche di questo o quell'istituto, di questo o quello

⁴ I. ILLICH, *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.

specialista. Se una donna incinta ritiene candidamente di non dover pensare al proprio stato, perché il ginecologo le ha detto che tutto va bene, ella non mette a frutto il prezioso tempo di gestazione e preparazione al parto, un tempo essenziale per scegliere e plasmare il proprio atteggiamento di madre, moglie e donna. Questo è un lavoro etico, non meramente psicobiologico, che comporta il contatto con le proprie memorie, emozioni, credenze e l'interpretazione dei vissuti nuovi che la gravidanza comporta. Non stupisce pertanto che, se questa rimozione infantile viene perpetrata, i sogni delle donne si popolino di simboli e termini tecnici e di protagonisti (soprattutto nel caso della procreazione artificiale) provenienti dall'universo clinico (l'ostetrico rappresentato come una sorta di semidio della fecondità).

L'idolatria di una medicina, che si attribuisca addirittura il compito di provvedere al completo benessere fisico, psichico e sociale, scambia inoltre le cause con gli effetti. Un disoccupato è malato? Il suo indubbio *disagio sociale*, la sua indignazione, l'inquietudine, con cui esprime le proprie rivendicazioni, sono una malattia? Ed è forse ai medici che il dissidente, più in genere il «diverso» deve essere indirizzato, quando reclama i suoi diritti di cittadinanza e respinge gli infantili tentativi di offrirgli un intrattenimento

divertente o una sedazione a buon mercato? Il fraintendimento della nozione di cura ha storicamente prodotto aberrazioni memorabili. Esponenti di minoranze politiche in regimi totalitari venivano considerati patologicamente nevrotici e condannati a riabilitazioni forzate in qualche struttura sanitaria di contenimento. Ci sono voluti anni, proteste e dibattiti prima che l'omosessualità venisse tolta, in quanto tale, dall'elenco americano delle condizioni mentalmente disturbate. Alcune congetture mediche ottocentesche teorizzavano una «naturale» disuguaglianza tra maschi e femmine, finendo per contrastare i movimenti di emancipazione.

La donna - si affermava - ha una costituzione fisica debole, è più umida e fredda nei liquidi umorali, i suoi tessuti sono spugnosi e molli, il connettivo sottocutaneo è pieno di grasso bianco e compatto, occhio e orecchio ricevono meno stimoli sensoriali, la cute è particolarmente reattiva, il corpo è centrato nell'apparato riproduttivo, la fisiologia degli apparati è flessibile e istintiva. Ne derivano tratti psicologici fissi: è capricciosa, incline a raccontare, insegue i particolari, regna sul cuore, non è atta all'indagine causale. Come i bambini, i vecchi, gli eunuchi e gli uomini «privati dello sperma», il femminile è più esposto a malattie nervose. Tutto ciò controindica l'applicazione a studi medici: non è la scienza il posto delle donne⁵.

⁵ Cf. la nostra recensione a G. ARMOCIDA, *Donne naturalmente*, FrancoAngeli, Milano 2011, «La Civiltà Cattolica» 164 (2013) I q. 3903, 307-308.

Aver cura di chi cresce implica insegnargli l'avventura e il rischio di diventare adulto, aiutarlo a percorrere le sue strade e a condurre in proprio le esplorazioni necessarie. Significa apprendere il *sensu del limite*: non c'è farmaco senza rischi, né intervento chirurgico senza disagi, né prescrizione specialistica che possa sostituire una prevenzione delle malattie basata sul cambiamento dello stile di vita e sulla bonifica di un ambiente ostile. E invece la perversione dello show mediatico getta una luce miracolistica sugli interventi estremi di manipolazione corporea. La collusione tra l'esibizione spettacolare del potere medico e la fanatica devozione prestata da soggetti spaventati, isolati, privi di contromisure culturali, ricorda il cinico programma che il dottor Knock esibiva dalle pagine del commediografo Jules Romains: il sano è un malato che non sa di esserlo.

«Ammalarsi», vecchia espressione che non tiene più di fronte ai dati della scienza d'oggi. La salute non è che una parola, che potrebbe venir cancellata senza problemi dal nostro vocabolario. Da parte mia, non conosco altro che persone colpite, chi più chi meno, da malattie. Malattie più o meno numerose, più o meno rapide nell'evoluzione. Ovviamente, se andate loro a dire che stanno bene, quelli non domandano altro che credervi. Ma voi li ingannate. La vostra sola scusa è che avete già troppi malati da curare per accettarne di nuovi⁶.

⁶ J. ROMAINS, *Knock ou le triomphe de la médecine. Comédie en trois actes*, Gallimard, Paris 1924, 93-94.

Fortunatamente la crescita di maturità civile, il movimento della bioetica, l'emancipazione democratica, la costituzione di associazioni di malati e di forum del volontariato, la denuncia dei crimini politici hanno sferrato un colpo mortale al vecchio *paternalismo*. Intendiamo con questo termine la presunzione (da parte di un esperto, che abbia accumulato conoscenze cliniche e competenze tecniche) di decidere quale sia l'interesse autentico, il «bene» del malato e quindi quale terapia attuare, senza entrare in comunicazione con chi soffre o addirittura andando contro le esplicite preferenze, inclinazioni, priorità di valore, tipiche di quel soggetto.

Crollato in linea di principio, il paternalismo sopravvive di fatto e, come altre forme di dispotismo, si *camuffa* da paladino dei diritti. Ai pazienti viene talora chiesto di fornire un consenso (eufemisticamente definito «consenso informato») a interventi, di cui essi non hanno avuto modo di conoscere e valutare adeguatamente vantaggi e rischi a causa di una comunicazione frettolosa, tecnicista, impersonale, tardiva. I profani sentono ogni tanto di affogare dentro moduli informativi (in calce ai quali sono invitati a firmare), i quali appaiono vaghi, laconici, anonimi, astratti dalle loro effettive condizioni

di vita ed esigenze, oppure sono così carichi di nozioni tecnico-scientifiche e sono scritti in un gergo così lontano da quello usuale, che il sofferente si trova più o meno nella situazione di un turista in visita a un paese straniero, di cui ignora la lingua, restando privo di un interprete, disposto ad accompagnarlo con pazienza.

L'antico vizio di nascondere grossolanamente e sistematicamente la prognosi infausta, trasmettendola in qualche modo ai familiari, in un'ipocrita e pericolosa congiura del silenzio (destinata spesso a esplodere nelle forme più selvagge, come capita a certi insostenibili tabù), rischia di ribaltarsi in un'opposta modalità di *fuga dalla comunicazione*: dire in fretta tutta la verità nuda e cruda, senza tatto psicologico né coinvolgimento umano, registrando la data della rivelazione, con precisione notarile, in qualche pagina della cartella clinica. Il che equivarrebbe a liberarsi della patata bollente e a sbattere addosso al profano una notizia carica di tristi presagi e difficile da assimilare sul piano cognitivo ed emotivo. L'evacuazione del disagio (inevitabilmente alimentato dalla frequentazione di casi clinici angoscianti), realizzata da certe equipe, che mirano a trincerarsi in un assetto cinico e tecnicistico, corrisponde a una nevrosi attivistica («c'è sempre qualcosa di utile da fare,

sul piano biologico, invece che parlare; noi del resto non ci possiamo far carico di problemi umani irrisolvibili») e fraintende l'effettiva domanda di cura.

Il fraintendimento si attua in due modi. Anzitutto molti malati già sospettano l'identità del male che hanno contratto, e si aspettano, invece che un mago onnipotente o un taumaturgo oracolare, qualcuno che li aiuti a capire meglio ciò che si può ancora fare e li *sostenga* nella lotta, spesso indeterminata e purtroppo cronicamente duratura, che si dovrà ingaggiare. I pazienti giapponesi che riempiono la sala d'attesa del medico, da cui si reca il povero Watanabe, metodico capufficio comunale, nel film *Vivere* (Giappone 1952, regia di Akira Kurosawa), sanno benissimo (in quanto si sono passati l'un l'altro l'informazione) che, se verrà loro comunicato che non hanno niente, che il dolore allo stomaco è passeggero, che non occorrono né terapie né misure dietetiche, sanno insomma che tutto questo falso linguaggio minimizzante significa una sola cosa: che hanno il cancro allo stomaco e che restano pochi mesi di vita. La regola di mentire ha generato paradossalmente un'informazione brutalmente precisa! Del resto nel film gli stessi operatori sanitari sono completamente spiazzati e inadatti a una presa in

carico impegnativa e divengono chiaramente preda di vissuti depressivi («al suo posto?... un veleno non è difficile a trovarsi»)⁷.

Non sta affatto meglio il giovane protagonista di *50 e 50*, la pellicola girata negli Usa nel 2011 da Jonathan Levine: il medico che gli parla del raro tipo di cancro (uno schwannoma), che provoca quel fastidioso dolore alla schiena, non sta realmente parlando con lui, ma col dittafono che i radiologi usano per sveltire la scrittura dei loro referti. È il povero Adam che deve fermare il supponente, algido specialista e chiedergli se si stia riferendo proprio alla *sua* (di Adam) colonna vertebrale quando menziona un tumore maligno. L'uomo dal camice bianco conferma, gli prospetta telegraficamente le *chances* di successo (appunto il 50 per cento) e sprigiona una folgore di umanità, quando accenna alla presenza di ottimi psicologi che in quell'ospedale lo possono seguire per gli aspetti non tecnici. La macchina da presa confonde il fotogramma e disturba l'audio, mettendoci in soggettiva dentro la testa del venticinquenne, che non vuole né riesce a credere a una notizia così improbabile, devastante e crudele, riportata come un dato biologico di ordinaria am-

⁷ Per i riferimenti ai film, cf. il nostro *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*, FrancoAngeli, Milano 2006.

ministrazione. Se confrontiamo questo brutale incontro con la delicata relazione infermieristica rappresentata nel film della Coixet (citato in Premessa), ci rendiamo conto del danno provocato da certe espressioni. Chi non si cura delle parole, rovina la cura stessa.

Il secondo fraintendimento tocca i sanitari. Non sappiamo chi abbia diffuso la traballante tesi che il buon medico sia un *tecnico*, il quale dovrebbe necessariamente evitare ogni contatto empatico, se vuole preservare la sua perizia operativa. Il buon clinico, in realtà, è un professionista, che promette di stare dalla parte del suo assistito e lo dichiara pubblicamente (come indica il verbo «professare»). Ma la confusione più funesta riguarda proprio l'*empatia*. Con questo termine si intende a volte un atteggiamento benevolo, accudente, altruistico, interessato ai bisogni di chi soffre e si raccomanda ovviamente di adottarlo nelle professioni di aiuto. Altre volte si qualifica «empatico» l'infermiere, ad esempio, che non prova mai «emozioni negative» (tristezza, rabbia, paura) verso un caso clinico e lo si invita a essere caldo, delicato, sensibile (si porta addirittura l'esempio di una madre sempre disponibile, accogliente): sforzandosi di agire così, egli coglierà – si auspica – il mondo interno dei pazienti, le loro segrete attese.

Questa illusoria filantropia è tanto ingenua quanto presuntuosa⁸. L'empatia («sentire dentro», in termini psicoanalitici la capacità di percepire emotivamente ciò che il cliente prova) è in realtà un fenomeno che precede l'intelligenza e la volontà, poiché deriva da quelle fasi arcaiche dell'evoluzione individuale, in cui i confini dell'identità soggettiva non erano ben definiti. Quando il confine tra sé e il mondo non è chiaro, non si è in grado di discriminare, per fare un esempio, se la fonte di un dolore sia dentro o fuori di noi. Anche la separazione fra i soggetti si precisa poco alla volta e mai del tutto completamente. A volte sentiamo con una tale acutezza ciò che l'altro pensa e prova dentro di sé, che potremmo quasi parlare di una fusione psicologica: è come se l'altro fosse in noi e noi nell'altro, prima di rendercene conto. Secondo alcuni fenomenologi noi percepiamo direttamente il cordoglio o la collera dell'altro nella sua condotta, sul suo volto e sulle sue mani. C'è insomma un *contagio emotivo*, che spontaneamente gli esseri animali si trasmettono, e che alimenta i movimenti psichici di introiezione e proiezione. Mettiamo cioè dentro il nostro

⁸ Cf. N. McWILLIAMS, *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio-Ubal dini, Roma 1999. Sugli aspetti fenomenologici, cf. M. FORNARO, *Il soggetto mancato*, Studium, Roma 1996.

animo un sentimento altrui (diventiamo tristi se ci passa davanti qualcuno che sta piangendo) e viceversa immaginiamo che l'altro provi un affetto simile a quello che abbiamo sperimentato in condizioni simili (immaginiamo che uno studente sorridente dopo un esame sia lieto d'aver superato quella prova). Senza questo continuo «va e vieni» cognitivo ed emotivo non saremmo in grado di comprenderci e comunicare a livello sociale.

Ciò comporta alcune conseguenze. Anzitutto possiamo sbagliarci e scambiare una nostra fantasia con l'effettivo vissuto di chi ci è prossimo. Questo non significa che non c'è stata empatia, ma che abbiamo male interpretato ciò che abbiamo sentito e che ci sembrava d'aver oggettivamente colto «in lui». In secondo luogo, la risonanza empatica è un fenomeno pre-morale: se l'incontro con un dato soggetto evoca in noi aggressività, questo non significa necessariamente che siamo persone cattive, ma che forse è stato avvertito un pericolo. Si tratta di capire dove, come e perché. Questo compito è l'*elaborazione* dell'empatia, una specie di training emotivo per discernere che cosa sta accadendo dentro e fuori di noi. I sentimenti «non sbagliano», ma la loro verità è ambigua e va decifrata. In caso contrario si rischia di es-

sere rapiti o bruciati da un'emozione altrui che ci risucchia (l'unipatia). L'empatia addestrata accetta di immergersi nel cosmo psichico di un'altra persona, percependo come dall'interno i suoi pensieri, mantenendo tuttavia la propria individualità e quindi conservando l'abilità di riemergere dal tuffo e anzi di restituire all'altro una nuova prospettiva sugli eventi emotivi. Grazie a questa maturazione, la grossolana proiezione infantile si trasforma in capacità sempre più ampie di comprensione.

Aver cura non significa esercitare un mam-mismo estenuante o un autoannientamento sacrificale, per diventare «anime belle» tutte conforto, abbracci e tenerezza ostentata. Winnicott, pediatra e psicoanalista, ci ha invitato a diffidare di madri perfette e a elogiare invece quelle sufficientemente buone. Chi ha avuto in terapia pazienti psicopatici o antisociali, sa che il loro tentativo di manipolare e rovinare il lavoro in seduta accende nell'equipe comprensibili sentimenti di aggressività, persino di ostilità e disprezzo. Ma questi umori, che le persone normalmente compassionevoli deplorano, sono la spia che si è entrati nella stessa lunghezza d'onda del malato. Sembra paradossale, ma «il terapeuta di uno psicopatico deve adottare un atteggiamento di *forza indipendente che rasenta l'indiffe-*

renza. Non si può fare un investimento emotivo sul cambiamento del paziente antisociale perché questi, non appena percepisce quel bisogno del terapeuta, saboterà la psicoterapia per dimostrare l'impotenza del clinico»⁹. Occorrono quindi incorruttibilità, rigore, coerenza, onestà. Le persone antisociali rispettano il potere. Una sobria autorevolezza, l'affidamento sulle proprie doti professionali, il trattare e trattarsi con dignità, il riconoscere le minacce e sapersene difendere, tutto ciò è essenziale per non far travisare un'offerta d'aiuto in ridicola debolezza e in un infantile bisogno di approvazione.

⁹ MCWILLIAMS, *La diagnosi psicoanalitica*, 186.