

# L'“inganno” dell'empatia in ambito sanitario. Dall'empatia all'exotopia: dicotomia del senso attraverso l'uso riflessivo dei film

Cristiano Depalmas<sup>1</sup>, Valerio Ferro Allodola<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio di Medical Education, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Sassari. E-mail: [cdepalmas@uniss.it](mailto:cdepalmas@uniss.it)

<sup>2</sup> Laboratorio di Medical Education, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze. E-mail: [valerio.ferroallodola@unifi.it](mailto:valerio.ferroallodola@unifi.it)

---

## SUMMARY

The article intends to propose a critical re-reading of the term “empathy”. The educational point of view on the relationship of care concerns, in fact, a dialogic tension dominated by continuous replenish the other as a bearer of an autonomous perspective, equally sensible of our own and not reducible to ours.

We must therefore build models of medical education in which it is fundamental the practitioner's ability to de-concentrate from his own models of social-cognitive construction of reality without, however, vanish from the perspective of the patient. This is defined by Bakhtin “exotopia”.

In empathy, in fact, the operator de-contextualizes and isolates some parts of the experience of others to understand it, according to his own experience, so keeping a valid context. He simulates, somehow, to “put himself in the shoes of the other”, but in fact, at the last moment, “put the other one in his shoes.”

In exotopia, however, the search begins when, having tried to put himself in the shoes of the other, you find that it does not go well.

But to realize this, we must “expose” and questioning ourselves and we may not use either questionnaires or interviews rigidly structured. We must, that is, activate a reflexive attitude in relation to our professional epistemology and in relation to our implicit knowledge, that determines powerfully the care practices.

The decision to use the two movies (in this case a short film and a documentary) wants to be a help to develop the reflection on the link *empathy-exotopia*, as it stimulates the processes of experience development – marked by the transformative and interactive values – in which the subject is, or becomes, player in his own learning and existential process.

**Keywords:** empathy, exotopia, film, healthcare services, medical education

---

## RIASSUNTO

Il contributo intende proporre una rilettura critica del termine “empatia”. Il punto di vista educativo sulla relazione di cura concentra, infatti, la propria attenzione sulla tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non ridicibile alla nostra.

Si tratta, dunque, di costruire modelli di formazione medica e sanitaria nei quali è fondamentale la capacità del professionista di decentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però,

annullarsi nella prospettiva del paziente. È quello che viene definito da Bachtin "exotopia".

Nell'empatia, infatti, l'operatore isola e decontestualizza alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi mantenendo valido il proprio contesto. Simula, in qualche modo, di "mettersi nelle scarpe dell'altro", ma in realtà, all'ultimo momento, "mette l'altro nelle proprie scarpe". Nell'exotopia, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non gli vanno bene.

Ma per accorgersi di questo bisogna «esporsi», mettersi in discussione, non ci si può avvalere né di questionari, né di interviste rigidamente strutturate. Bisogna, cioè, attivare un atteggiamento riflessivo rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina potentemente le pratiche di cura.

La scelta di utilizzare i due filmati (nella fattispecie un cortometraggio ed un reportage) vuole costituire un ausilio per sviluppare la riflessione attorno al nesso empatia-extopia, poichè stimola i processi di sviluppo dell'esperienza – dal marcato valore trasformativo e interattivo – in cui il soggetto è, o diviene, attore del proprio processo formativo ed esistenziale.

**Parole chiave:** empatia, exotopia, film, servizi sanitari, medical education

---

## PREMESSA: L'EXOTOPIA COME COMPETENZA RIFLESSIVA

L'empatia è un tema che, negli ultimi anni, è stato abbondantemente trattato – a volte forse abusato o svilito di senso e significato – da varie discipline e in vari campi di azione, suscitando molto interesse, ma anche l'emersione di numerosi punti di criticità, primi fra tutti il burn-out e l'elemento della "giusta distanza" tra operatore e paziente nei contesti della salute e della cura.

L'empatia, infatti, viene definita come la capacità di comprendere appieno lo stato d'animo altrui. Empatia significa *sentire dentro* ed è una capacità che, peraltro, fa parte dell'"esperienza" di tutti nella vita quotidiana. Non esiste infatti relazione sociale significativa che non comporti empatia" [1].

Se l'empatia viene definita come la capacità di "*mettersi nei panni dell'altro, ma anche [di] portare questi nel proprio mondo*", essa rappresenta anche la capacità di un individuo di comprendere in modo immediato i pensieri e gli stati d'animo di un'altra persona.

L'empatia è dunque un *processo* che riguarda l'essere *con l'altro* e un modo di comunicare nel quale il ricevente mette in secondo piano il suo modo di percepire la realtà, per cercare di far risaltare in se stesso le esperienze e le percezioni dell'interlocutore.

Essere empatici significa, allora, far risuonare dentro di sé i sentimenti degli altri senza dimenticare i propri, si cerca di stare vicino all'altro preservando i rispettivi confini. Si accolgono le emozioni altrui così come sono, senza pregiudizio.

Il comportamento empatico non "giudica" il modo in cui il prossimo prova un'emozione, che è ben diverso dal concetto di assentire o dissentire i comportamenti dell'altro. L'empatia incoraggia l'autonomia, le abilità e il rispetto delle differenze individuali, etniche e ideologiche. La diversità, in un'ottica empatica, è vista quindi come una risorsa da sapere e potere utilizzare e non da sopprimere.

Il *saper comunicare* in modo efficace è un'altra attitudine strettamente connessa all'empatia. Una buona capacità comunicativo-relazionale comprende il saper trovare un livello armonico tra il *contenuto* del messaggio e le proprie *emozioni*.

Anche il *saper ascoltare* fa parte della capacità comunicativa, nello specifico si esprime cercando di entrare nel punto di vista del nostro interlocutore e comunque condividendo, per quello che è possibile, le sensazioni che egli esprime; da questa modalità è escluso il giudizio, ma anche il consiglio e il compito del "dover darsi da fare" per risolvere il problema. Molto spesso, nella formazione universitaria e continua dei professionisti della salute e della cura, un

posto di rilievo viene dato proprio all'empatia, nei termini e nelle funzioni che abbiamo appena sinteticamente accennato.

Viene considerata un elemento indispensabile per entrare in relazione con il paziente, comprenderne i bisogni e instaurare un rapporto di fiducia, tutti elementi funzionali a quella che – nel linguaggio medico – prende il nome di *compliance*.

Il punto di vista educativo sulla relazione di cura – soprattutto alla luce delle problematiche che sovente presentano gli stessi operatori sanitari, come dicevamo prima il burn-out e la “giusta distanza” tra operatore e paziente – concentra, però, la propria attenzione sulla tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.

Si tratta, dunque, di costruire modelli di formazione medica e sanitaria in cui è fondamentale la capacità del professionista di *decentrarsi* dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente. È quello che viene definito da Bachtin “exotopia” [2]. Nell'empatia, infatti, l'operatore isola e decontestualizza alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi mantenendo valido il proprio contesto. Simula, in qualche modo, di “mettersi nelle scarpe dell'altro”, ma in realtà, all'ultimo momento, “mette l'altro nelle proprie scarpe” [3].

Nell'exotopia, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non gli vanno bene.

Ma per accorgersi di questo bisogna «esporsi», mettersi in discussione, non ci si può avvalere né di questionari, né di interviste rigidamente strutturate. Bisogna, cioè, attivare un *atteggiamento riflessivo* rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina potentemente le pratiche di cura.

Molto spesso, le cause del burn-out, derivano proprio da questa incapacità che può portare ad un reciproco annullamento delle relazioni e ad un impoverimento della qualità assistenziale.

Nella prospettiva offerta dal modello narrativo, l'operatore muta il proprio posizionamento sia conoscitivo, sia metodologico, sia etico.

L'operatore non è tale in quanto esperto per i contenuti, ma perché esperto per il processo di generazione della “realtà” discorsivamente intesa, tale da configurare aspetti pragmatici differenti da quelli attuali. Ciò comporta il distogliersi dal costruito di “empatia” per posizionarsi in quella che Bachtin chiama appunto “exotopia”.

Nella prospettiva costruttivista, la competenza è rappresentata dalla capacità di disporsi, come dice Schön, ad una “conversazione riflessiva con la situazione” perché “la riflessione consiste nel far emergere, criticare, ristrutturare e verificare sul campo le comprensioni intuitive di fenomeni dei quali si fa esperienza” [4].

Una “conversazione riflessiva con la situazione” ha luogo, allora, quando si è disposti a calarsi nella situazione problematica, a rimanere aperti alla “risposta impertinente” [5] della situazione. Ad una risposta che potrebbe turbarci e disattendere le nostre aspettative.

Strutturiamo, quindi, nuovi interrogativi, nuove finalità ed attingiamo al nostro repertorio di immagini come “metafore generative” per il nuovo fenomeno.

Il nuovo apprendimento – che ci è necessario per *comprendere* l'altro da noi – viene ad identificarsi già in questa capacità di compartecipazione e scambio con la situazione, con il contesto e non nell'acquisizione di nozioni o concetti astratti di quella stessa pratica o relazione.

Essere aperti all'imprevisto e all'incerto, al riconoscimento dei diversi modi di configurazione della realtà. Significa, cioè, riconoscere la complessità del reale, riflettendo “sui processi circolari e le dinamiche dell'interdipendenza e mutua coordinazione nella costruzione e nel cambiamento dei contesti, dei mondi possibili [...] muovendosi in un ambito relazionale e riflessivo, in cui l'osservatore è parte del sistema osservato” [6].

L'exotopia poggia proprio su una scelta di *alterità*, in cui la differenza è considerata una condizione necessaria alla comprensione dell'altro da sé.

Nel confronto con l'alterità, le nostre reazioni divengono, dunque, materiale indispensabile per la comprensione e questo può avvenire proprio attraverso il confronto di cornici e modi di costruzione della realtà differenti.

La capacità di riflettere ed agire in modo trasformativo su tutto questo configura un modo nuovo di intendere se stessi e l'altro e può rappresentare un potente strumento di gestione costruttiva della relazione di cura, soprattutto nei momenti di criticità e conflitto.

Come ha affermato Neri "I medici e gli infermieri, che si prendono cura di malati gravi, spesso possono fare affidamento soltanto sulla loro "empatia intuitiva". Essi hanno completato un training relativo alla cura della malattia ed alla gestione del dolore fisico, ma non sono stati addestrati ad entrare in contatto empatico con il dolore psichico dei malati e dei loro familiari.

L'uso professionale dell'empatia implica contenere il dolore in una parte della mente che è stata istruita (e che è divenuta quindi affidabile e sicura) e poi mandare un'eco di come è stato sperimentato il dolore alla persona con la quale si è in rapporto. Quest'eco può prendere forma in parole, ma anche semplicemente in una qualità della presenza o in una particolare postura del corpo. L'uso professionale dell'empatia permette di modulare avvicinamento e stanziamento [l'exotopia come uso professionale dell'empatia], preservando uno spazio per il pensiero di cui valersi, a proprio vantaggio ed a vantaggio delle persone con le quali si è in rapporto.

Se la modulazione della distanza affettiva non ha luogo, si può avere l'attivazione nei pazienti di sentimenti di avida richiesta e di violento rifiuto, che sono estremamente intensi e contraddittori. La protezione, la dipendenza, la prossimità sono contemporaneamente e violentemente richiesti e rifiutati" [7].

## L'USO RIFLESSIVO DEI FILM

Da queste considerazioni, ci proponiamo di sviluppare la nostra riflessione a partire dall'analisi di due film: *Il circo della farfalla* e *Clown a Kabul*.

La scelta e l'utilizzo dei film appena menzionati ha l'intento di proporre una riflessione su alcune sequenze significative, nelle quali si avverte il "passaggio" dall'empatia verso l'exotopia, dal riconoscimento dell'altro all'attribuzione di valore all'altro ed al suo processo di empowerment [8].

D'altra parte, il cinema ci permette di "costruire uno sguardo capace di osservare, di interpretare e

di riflettere in profondità. L'utilizzo del film è orientato proprio a produrre occasioni per sviluppare forme di pensiero riflessivo ed a promuovere una più incisiva conoscenza delle proprie idee e delle proprie emozioni" [9].

La natura narrativa dell'esperienza filmica produce, infatti, cambiamenti di prospettiva; "aiuta ad osservare la storia attraverso lenti deformanti e a riconoscere il valore generativo del punto-di-vista assunto dai protagonisti, induce a ripercorrere, in forma di immagini e di suoni, i processi di sviluppo dell'esperienza [...] agendo con valore trasformativo e interattivo in cui il soggetto è, o diviene, attore del proprio processo formativo ed esistenziale" [10].

## 1. "IL CIRCO DELLA FARFALLA": TRA EMPATIA, EXOTOPIA ED EMPOWERMENT

### Sinossi

Regia: Joshua Weigel, USA 2009.

*Al culmine della Grande Depressione, lo showman (Eduardo Verastegui) di un circo famoso conduce la sua compagnia attraverso il paesaggio devastato americano, sollevando gli spiriti del pubblico lungo la strada. Durante il loro viaggio scoprono Will (Nick Vujicic), un uomo senza i quattro arti in uno spettacolo di carnevale, ma dopo un incontro intrigante con lo showman, Will viene guidato a sperare verso tutto ciò che ha sempre sperato ma in cui non ha mai creduto fino in fondo.*

Ad una prima visione del cortometraggio [11] si rimane letteralmente colpiti dal turbine di emozioni – a volte, forse, anche contrastanti – che suscita in noi.

Ma non vogliamo concentrare la nostra attenzione sulla bellezza artistica o sui buoni sentimenti – certamente importanti e piuttosto evidenziati – che caratterizzano il filmato, quanto sulla sua capacità di suscitare una seria riflessione su quello che significa "empatia" ed "ascolto cognitivo" e sul "superamento" di questo concetto, che ad un certo momento si avverte nella sua visione.

Nel cortometraggio si intravede proprio un "passaggio epistemologico" che permette, ad uno spettatore attento, di comprendere la trasformazione

che avviene in Will.

Riportiamo le parole della sequenza interessata:

**Showman:** *Splendido, non è vero? Come si muovono, pieni di forza, colore, ed eleganza. Sono sbalorditi. Tu invece. Maledetto dalla nascita. Un uomo se così lo si può chiamare, a cui Dio stesso ha voltato le spalle.*

**Will:** *Basta! Perché dire così?*

**Showman:** *Perché tu lo credi. Ma se soltanto tu potessi vedere la bellezza che può nascere dalle ceneri. Sì, tu un vantaggio ce l'hai. Più grande è la lotta, e più glorioso è il trionfo.*

Stiamo parlando, cioè, della capacità dello showman di attraversare i propri confini e di extra-localizzarsi (exotopia), per accogliere la diversità di Will. Ma non solo. Potremmo dire anche per valorizzarla e renderla addirittura “superiore” nella capacità e nel risultato rispetto a tutti gli altri.

Nelle professioni della salute e della cura, molto spesso, la sfida è quella di riuscire ad attivare un ascolto, come lo ha definito Patrizia de Mennato, di tipo “cognitivo”. Ovvero, riuscire a costruire la capacità – condivisa – di entrare nei “mondi possibili” dell'altro, mondi che spesso ci inquietano e disturbano il corso degli eventi quotidiani. Che, in qualche modo, ci mettono con le “spalle al muro”.

Le modalità di pensare la propria personale esperienza cognitiva entra, allora, a far parte di quella competenza medica che è legata all'esercizio della pratica riflessiva, alla capacità di essere contemporaneamente soggetto ed oggetto della propria conoscenza, così che la propria esperienza diventi la *narrazione di una biografia professionale* che dialoga con la realtà, con le difficoltà e con le crisi, con gli interrogativi che la realtà sottopone allo sguardo professionale [12].

La natura dell'esperienza filmica è narrativa proprio perché una sceneggiatura “costringe ad un costante cambio di prospettiva; aiuta ad osservare la storia attraverso lenti deformanti ed a riconoscere il valore generativo del punto-di-vista assunto dai protagonisti, induce a ripercorrere, in forma di immagini e di suoni, i processi di sviluppo dell'esperienza [...]”.

Traduce un pensiero che è, per sua stessa definizione, un pensiero dell'incertezza, della singolarità, comprensibile solo in una prospettiva esistenziale, prodotto dalla rottura di un equilibrio e da criticità. Come in una storia di malattia, la costruzione della storia narrata avviene attraverso ‘punti di svolta’, tappe e momenti in grado di modificare e di rivoluzionare in forma inattesa lo stato delle cose” [13].

Il ‘punto di svolta’ inatteso, prima richiamato nella sequenza filmica, produce nello spettatore una “rottura” che riguarda la propria capacità di “vedere e sentire l'altro” non più con la sola umana compassione, ma come soggetto che reca in sé – nonostante la grave disabilità – un modo nuovo e più profondo di essere uomo: credere in se stesso e nella propria forza interiore come volani del processo di *empowerment*.

Certamente, il percorso di Will verso l'accettazione della propria condizione fisica e soprattutto verso la scoperta delle sue potenzialità non è stato privo di ostacoli e di momenti di smarrimento, ma l'incoraggiamento e l'attribuzione di fiducia da parte dei suoi compagni di lavoro, ha reso Will il più forte di tutti.

Riportiamo, di seguito, la sequenza che fa riflettere in tal senso, allorché Will, chiede aiuto per attraversare il fiume e dirigersi nella spiaggia per stare assieme ai suoi compagni, che nel mentre stanno facendo il bagno:

**Will:** *Ehi George! Poppy! Ho bisogno di aiuto per attraversare! Qualcuno mi aiuta?*

[Vedendo che nessuno lo ha sentito, Will cerca di fare da sé ed inizia a camminare pericolosamente su alcuni grossi sassi e rami posizionati trasversalmente al fiume e che lui cerca di utilizzare per attraversarlo]

**Will:** *Ehi George! Mi aiuti?* [George gli passa accanto senza considerarlo]

*Ehi dove vai? Ma che ti prende? Mi lasci qua?*

**George:** *Credo che puoi farcela da solo.*

**Will:** *Cosa? Suppongo che mi sollevi magicamente, allora!*

**Altri amici [ridendo]:** *Ehi, George, Poppy, com'è l'acqua? Facciamo il bagno!*

[Will continua a muoversi da solo ma, ad un certo punto, cade in acqua mentre gli altri si divertono ridendo e sghignazzando]

**Altri amici [ridendo]:** *Ehi Will, fai il bagno con noi? Will? Ehi, penso che Will è finito in acqua!*

Si agitano tutti quanti ed iniziano disperatamente a cercarlo in acqua. Ad un certo momento, Will emerge e dice:

*Aspettate, aspettate, lasciatemi. Guardate! Riesco a nuotare!*

Tutti ridono per la gioia, abbracciandolo.

Questa sequenza – inizialmente foriera di sentimenti molto contrastanti nello spettatore, portato volutamente dal regista a focalizzare la propria attenzione sulle difficoltà fisiche di Will ed a considerare negativamente l'aiuto negato dai compagni – è un esempio di quello che possiamo intendere per *empowerment*. Ovvero il “potenziare” il soggetto, la capacità di aiutare la persona in difficoltà a credere di potercela fare, anche quando ogni speranza sembra eclissata.

Molto spesso, in ambito sanitario, può risultare più facile accostarsi al paziente con la sola compassione, con il rischio di fermarci soltanto a questo e di “sclerotizzare” una situazione di svantaggio non solo fisico e psicologico ma anche sociale (le rappresentazioni ed i modelli culturali che ruotano attorno al malato e alla malattia).

L'idea che ognuno ha di sé, infatti, si costruisce nel gioco di rimandi tra l'immagine ideale (come vorremmo essere) – condizionata dalla rappresentazioni sociali e dai modelli culturali diffusi in una data società – e quella reale (come siamo).

Protendere verso un nuovo modello di intendere il corpo e la corporeità e, in definitiva, ciò che noi siamo, è la direzione giusta per promuovere l'*empowerment* e l'autonomia del soggetto in difficoltà. Dunque, se è vero che con l'exotopia non mi limito

a vedere e a sentire quello che mi aspetto di vedere e di sentire, allora osservo l'altro permettendogli di essere diverso da me ed accetto di essere smentito, spiazzato e contraddetto.

Ed è proprio in questo complesso intreccio che il professionista può riflettere criticamente sulla propria epistemologia: è solo agli occhi di un altro da sé che il proprio sé si svela in modo completo e profondo.

Dunque il concetto di exotopia riconosce una “dignità epistemica” alle relazioni che noi intratteniamo e attraverso le quali costruiamo la nostra identità, un'identità dunque fortemente sociale, che prende forma grazie alle restituzioni che la realtà ci rinvia come replica al nostro agito verso di essa. È perciò necessario promuovere la capacità di costruire una “sensibilità” alla pratica riflessiva nelle professioni della salute e della cura, proprio per cogliere questi aspetti – quasi sempre taciti – per riconfigurarli in una nuova e più consapevole epistemologia professionale.

Le professioni della salute e della cura hanno infatti, secondo noi, la necessità di appropriarsi sempre più di una “epistemologia della pratica riflessiva” che sia in grado di svincolare la propria attività da schemi operativi semplificanti e lineari.

Questa trasformazione agisce in modo tale che siano le cose che sappiamo, le azioni intraprese, i risultati conseguiti, i progetti ed i fallimenti a produrre “oggetti” di riflessione nel corso della pratica professionale.

La costruzione di una competenza professionale di questo tipo, però, non sostituisce l'*expertise* tecnica prodotta da una solida conoscenza specialistica, ma ci insegna a tradurlo in capacità di comprendere, in capacità di avere accesso alla gran parte delle informazioni che provengono dallo stesso soggetto, dalla situazione e dalla sensibilità attuata nella pratica professionale. Una pedagogia della salute e della cura riconosce, dunque, nella formazione alla pratica riflessiva dei vissuti di cura il modello pedagogico della costruzione della competenza professionale.

Una competenza, ovvero un “saper fare” che rimanda, così come il sapere, ad un sapere inscritto nelle azioni, tacito ed implicito che richiede di essere attivato attraverso l'apprendimento dalla propria esperienza.

Questo tipo di riflessione è meno evidenziato in medicina, in quanto tende a essere visto come un tratto di personalità o un atteggiamento privato al di fuori della competenza medica [14]. Gli aspetti della riflessione percepiti come “soft” non tendono ad essere sottolineati in medicina.

Tuttavia, come “la pesatura cosciente e l’integrazione di punti di vista da prospettive diverse” comprendono sia l’autovalutazione che il ragionamento morale nella loro concezione, la riflessione è necessaria per lo sviluppo di un’equilibrata identità professionale del medico [15]

Lo sviluppo della professionalità dipende, allora, potentemente dai “meccanismi di autoconsapevolezza dell’agire quotidiano” [16]. Questo significa valorizzare la riflessione nel corso dell’azione e dunque favorire la costruzione di comunità di pratiche nelle quali poter decostruire, rappresentare e ricostruire i propri vissuti esperienziali ed il proprio Sé professionale [17], che è sempre un “sé distribuito”, situato e connesso strettamente alle relazioni che il soggetto intrattiene con le situazioni ed i contesti in cui egli si colloca.

## 2. “CLOWN IN KABUL”: LA RAPPRESENTAZIONE DEL DOLORE TRA EMPATIA, EXOTOPIA E MONDI DI CONDIVISIONE POSSIBILI

*Se all’altro dolgono i denti, mi è chiara la sua fisionomia, l’immagine dei suoi muscoli contratti, lo spettacolo insomma di qualcuno afflitto dal dolore, ma il suo mal di denti non è mio... Il dolor di denti del prossimo è, in ultima analisi, una supposizione, un’ipotesi o presunzione mia, è un presunto dolore. Il mio dolore invece è indiscutibile*

Ortega y Gasset “L’uomo e la gente”

### Sinossi

Regia: Enzo Balestrieri; Stefano Moser, Italia 2002. Il filmato è il reportage della spedizione che un gruppo di ventuno clown italiani guidati da Patch Adams ha fatto a marzo 2002 negli ospedali di Kabul, della valle del Panshir e di Bamyan per aiutare i bambini afgani gravemente feriti a ritrovare il sorriso.

Il dolore è un’esperienza complessa ed enigmatica che tipicamente segnala la presenza di un danno reale o potenziale all’organismo (International Association for the Study of Pain, IASP) [18]. L’esperienza del dolore è una drammatica conferma del carattere artificioso e teorico della separazione mente/corpo. Nel dolore, appunto, tale dicotomia rivela tutta la sua astrazione. Invisibile, indicibile, totalmente incorporato, il dolore mette in crisi le categorie biomediche, sfugge a meccanismi diagnostici e la sua resistenza al linguaggio è tale da rendere “doloroso ogni sforzo di interpretazione, che abbia come obiettivo la ricerca del senso” [19].

Il dolore, come o forse più di ogni altra esperienza, è radicato nel soggetto sofferente, incomprensibile per chi non lo prova. Resistente ad ogni tentativo di inscrivere a un codice morale, culturale, religioso o medico. Il dolore per una persona che soffre rimane tragicamente reale, ed esso non soltanto attiva una richiesta di senso, di comunicabilità, ma è anche un problema pratico che impedisce di fare molte cose, trasformando radicalmente la quotidianità di chi lo vive.

Elaine Scarry attraverso uno studio su come il dolore incida nella percezione corporea [20], ha influenzato molto l’antropologia medica contemporanea in particolare per quanto riguarda la comprensione dell’esperienza del dolore nei soggetti umani e delle modificazioni che esso determina nella percezione del mondo e soprattutto nell’impossibilità di comunicazione fra gli individui. L’autrice sostiene l’impossibilità di esprimere il dolore fisico, perché tale dolore assume, nel corpo della persona che soffre, la consistenza di un fenomeno sotterraneo e invisibile. Per questo motivo il dolore innesca una serie di complessi rapporti tra la persona che soffre e il resto del mondo. Chiunque abbia vissuto l’esperienza di assistere una persona che soffre di un dolore cronico, ha sicuramente provato un sentimento di impotenza e di frustrazione che nasce non soltanto dalla difficoltà di lenire la sofferenza altrui, ma anche dalla difficoltà di poterne condividere il significato. Per la persona che soffre il dolore è una certezza, mentre, per chi assiste il dolore dell’altro può pur sempre essere revocato in dubbio, poiché la comprensione è unicamente affidata alla creden-

za, alla fiducia nel resoconto altrui, ma non alla percezione diretta.

Esiste una letteratura scientifica in continuo sviluppo nel campo della psicologia, dell'antropologia medica e delle neuroscienze, che supporta l'idea che noi possiamo comprendere il comportamento e i pensieri delle altre persone, in parte simulando mentalmente i loro stati interni [21], in altre parole mettendoci "nei loro panni". Nel campo più prettamente neuroscientifico, alcuni autori hanno proposto che i processi simulativi, originariamente scoperti e descritti nel dominio delle azioni, potrebbero costituire una caratteristica di base del nostro cervello sociale, e della nostra capacità di comprendere ed "empatizzare" con le altre persone [22]. È quindi evidente che a fronte di questa condizione, lo stesso concetto di empatia, appare riduttivo e limitativo quando si cerca di rapportarsi con il dolore dell'altro.

A questo proposito è interessante notare come lo stesso termine "empatia" – la traduzione del tedesco "Einführung" – sia stato concepito inizialmente come una sorta di imitazione dei movimenti altrui. Il termine "Einführung" fu infatti introdotto nel lessico della psicologia dell'esperienza estetica da Theodore Lipps per indicare la relazione tra l'artista ed il fruitore che proietta sé stesso nell'opera [23]. La pretesa di superare l'irriducibile distanza che ci separa dall'altro, per entrare nei suoi panni, appare una pretesa utopica e priva di qualsiasi razionale fondamento. L'empatia in presenza del dolore, diviene un concetto misterioso, che non fornisce indicazioni operative sullo sviluppo di metodi e capacità per cogliere il sapere implicito, incorporato nell'esperienza dell'altro.

Secondo Cozzi nella prassi reale, l'empatia non è una mistica del contatto con l'altro, ma piuttosto un'*advocacy*, cioè una difesa del paziente che gli infermieri tendono a esercitare nei confronti del medico e delle strutture sanitarie.

Così un'infermiera racconta la propria idea della professione a un'antropologa danese, Helle Samuelson, impegnata in una ricerca sugli aspetti socioculturali della cura infermieristica alle persone operate di cancro in un ospedale di Copenhagen: "La parte più importante del mio lavoro è il paziente. Per me il trattamento in sé non è importante, e in ogni caso

la mia conoscenza del trattamento non è grande. Si tratta solo di strumenti che ruotano intorno al paziente. Il mio compito è quello di essere un difensore del paziente" [24].

Per questo motivo lo stesso Cozzi propone una metodologia che, riprendendo il pensiero di Bachtin, definisce di *exotopia*, cioè la capacità di osservare l'altro, non per assimilarlo a noi, ma per sviluppare la capacità di esplorare nuovi mondi di condivisione possibile. L'*exotopia* poggia su una scelta di alterità, cioè di tensione dialogica in cui l'estraneità "exotopica" è considerata una condizione necessaria alla propria personale e psicologica sopravvivenza, ma lo è ancor di più nella comprensione dell'altro.

Guardando *Clown a Kabul* si rimane ammutoliti, attoniti, in silenzio. Che significato ha però il silenzio? Il silenzio in *Clown a Kabul* è la reazione paralizzante dello spettatore al dolore. Lo stesso silenzio che noi inconsciamente invociamo, lasciando scorrere le immagini, i suoni e le parole. Il silenzio così diviene il solo mezzo e l'unica risposta al dolore chiasso della tragedia di un popolo.

Il silenzio è ciò che si cerca, ma al medesimo tempo è ciò da cui si fugge. Vladimir Jankélévitch [25] cita due esempi illuminanti ed empiricamente opposti: "l'uomo gaudente, per scongiurare l'angoscia della solitudine e del silenzio vuoto, si rifugia nella sua isoletta rumorosa [...]. Ora è l'inverso: l'uomo, sfinito dal chiasso, si tappa le orecchie per proteggere il proprio giardino silenzioso e mettere al riparo la propria isoletta tranquilla" [26].

*Clown a Kabul* documenta la drammatica condizione dei medici clown, i quali, nel tortuoso e difficile viaggio del sorriso, cercano, se pur con estrema difficoltà, un approccio empatico, rendendosi conto che questo, non solo non è possibile ma è anche estremamente lesivo per sé stessi e controproducente per chi soffre.

Nel documentario emerge subito il contrasto tra i vivaci e sgargianti colori dei clown e la triste monocromaticità dello scenario circostante, cioè a livello visivo, ma ancor più marcatamente a livello emotivo. Nelle interviste successive alla proiezione del documentario, i medici-clown in missione a Kabul, raccontavano come i propri cuori si "sciogliessero e piangessero" [27] alla visione di così tanta tristezza, rimarcando però l'importanza delle loro missio-

ne, ovvero continuare a cantare, ballare e suonare qualcosa, ma ancor più di tutto, saper abbracciare e dare conforto.

Allora, è in tale condizione che da un approccio empatico si passa ad un *avvicinamento exotopico* al dolore. Una condizione che, come precedentemente definito, ci apre all'imprevisto e all'incerto, ma più di ogni altra cosa, ci aiuta a *riconoscere* le individuali rappresentazioni della sofferenza.

Rappresentazione di un dolore assoluto e indicibile, tra le tante sequenze di clown a Kabul, è la bambina con il corpo martoriato dalle ustioni che, tra urla strazianti invoca l'aiuto della madre; la donna, totalmente rassegnata e impotente le tiene la mano, mentre un medico la cura cercando di alleviare la sua sofferenza. È l'arrivo di uno dei clown, introdotto dal suono di un violino, a distrarre la creatura, accompagnandola con atteggiamento exotopico nel suo inenarrabile dolore fisico:

**Medico-clown:** "Sai, quando sei lì... dovresti... devi sorridere. Non puoi permetterti di piangere lì dentro, perché non li aiuterebbe".

Altra sequenza vede protagonista Patch Adams che, nel tentativo di portare un pò di luce nella grigia corsia di un ospedale, inizia a piangere tenendo in braccio un bambino denutrito e malato.

**Patch Adams:** "Avete mai tenuto in braccio un bambino denutrito? Immaginatevi! Immaginate di guardare questo bambino affamato sapendo che sta per morire di fame solo perché il benessere ha deciso di farlo morire..." [28].

Qui, diversamente dalla precedente sequenza, l'approccio del clown è empatico, provocando però una reazione naturale come il pianto ma, come in precedenza sostenuto dagli stessi clown, inadeguata per il contesto.

Questo è prova che empatizzare eccessivamente la sofferenza, determina una sorta di "rottura" nella relazione tra chi cura il dolore e chi lo patisce. Patch Adams è grandioso nella sua umana sincerità, ma spesso il contesto non permette di assecondare i sentimenti e le emozioni del momento, seppur naturali e istintive.

L'exotopia, è forse l'unico strumento in grado di metterci a confronto con l'"altro", con la sua unicità e sofferenza fisica e interiore, divenendo mezzo di gestione costruttiva nella relazione di cura, soprattutto nei momenti di criticità e disagio. È proprio per questo che la funzione exotopica permette – senza disconoscere l'aspetto empatico – di non inficiare la relazione di cura e ancor più di raggiungere l'obiettivo prefissato.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Bonino S., Lo Coco A., Tani F., *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*. Firenze: Giunti, 1998, p. 8. Si vedano anche i seguenti lavori: Albiero P., Matricardi G., *Che cos'è l'empatia*. Roma: Carocci, 2006; Hojat M., *Empathy in Patient care – Antecedents, Development, Measurement and outcomes*, Springer Science, 2007; Nave L., *Il counseling. Comunicazione e relazione nell'incontro con l'altro*, Xenia, Milano, 2009; Nave L., Arrigoni F., *Come in cielo così in terra. La cura tra medicina, filosofia e scienze umane*, Edizioni Unicopili, 2013; Fortuna F., Tiberio A., *Il Mondo dell'empatia. Campi d'applicazione*. Roma: Franco Angeli Edizioni, 2001; Pinotti A., *Empatia. Storia di un'idea da Platone al postumano*. Roma-Bari: Laterza 2011; Stein E., *L'empatia*. Milano: Franco Angeli, 1986.
- [2] Bachtin M., *L'autore e l'eroe*. Torino: Einaudi, 2000; *Per una filosofia dell'azione responsabile*, a cura di Augusto Ponzio. Lecce: Manni, 1998.
- [3] Sclavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Bruno Mondadori, 2003.
- [4] Schön DA. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo, 1993, p. 117.
- [5] Ibidem.
- [6] Scavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Mondadori, 2003, p. 15.
- [7] Neri C., *La condivisione del dolore. Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 2002, 44, pp. 85-97.
- [8] Rapoport A., *Terms of empowerment exemplars of prevention: Towards a theory for community psychology*, *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15, pp. 121-143; Folgheraiter F., *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Trento: Edizioni Erickson, 2000, pp. 173-203; Labonte R., "Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion re-

- search and practice". *Health Education Quarterly*, 1996, 23(4), pp. 431-447; Labonte R., Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2), pp. 253-268.
- [9] Cfr. de Mennato P. La formazione iniziale degli studenti di Medicina e delle professioni della cura. *Salute e Territorio*, 2012, 191, Marzo-Aprile; de Mennato P., Cin@med. Formare al sapere riflessivo nella professione medica attraverso l'uso dei film. In: De Sanctis O., Frauenfelder E., *Cartografie pedagogiche*. Napoli: Liguori, 2010, pp. 289-311.
- [10] Ibidem.
- [11] Titolo originale: "The butterfly circus", USA, 2009. Regia di Joshua Weigel. Per approfondimenti si veda il sito ufficiale: <http://www.thebutterflycircus.com>.
- [12] de Mennato P, Orefice C, Branchi S, *Educarsi alla cura. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze* (testo e DVD). Lecce: Pensa Multimedia, 2011.
- [13] Coulehan J., Block Marian R., *The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.
- [14] Boenink A.D., Oderwald A.K., De Jonge P., Van Tilburg W., Smal J.A., Assessing student reflection in medical practice. The development of an observer-rated instrument: reliability, validity and initial experiences. *Medical Education*, 2004, 38(4): pp. 368-77.
- [15] de Mennato P. La formazione iniziale degli studenti di Medicina e delle professioni della cura. *Salute e Territorio*, 2012, 191, Marzo-Aprile. op. cit.
- [16] Fabbri L., Rossi B., (a cura di), *La formazione del sé professionale. Un progetto per l'organizzazione scolastica*. Milano: Guerini e Associati, 2001, p. 66.
- [17] Ibidem.
- [18] La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (*nocicezione*) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito. Il segnale doloroso, infatti, una volta generato, viene modulato (limitato o amplificato) a vari livelli (segmentario e centrale) da stimoli provenienti da strutture nervose (sensoriali, psichiche, della memoria...) e non (metaboliche, immunologiche..), prima di arrivare alle sedi naturali che ne danno l'interpretazione clinica. Si spiega così come il dolore sia il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici) ne modulano entità e caratteristiche. A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche, costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. È fra tutti, il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.
- [19] Cfr. Bruner J., *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.
- [20] Scarry E. *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. New York: Oxford University Press, 1985; *La sofferenza del corpo: la distruzione e la costruzione del mondo*, trad. it. di Giovanna Bettini. Bologna: Il Mulino, 1990.
- [21] Mancina M., *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Milano: Springer Verlag, 2007.
- [22] Gallese V. The "Shared Manifold" Hypothesis: from mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 2001, 8/5-7: 33-50.
- [23] Eisenberg N., Stayer J., *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- [24] Samuelson, H. Nurses between disease and illness. In Holden P. & Littlewood J., eds, *Anthropology and nursing*. London: Routledge, 1991, pp. 190-203; Pizza G., *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci Editore, 2011.
- [25] Jankélévitch V. (1961). *La musica e l'ineffabile*. Milano: Bompiani, 1998; Id. (1964). *L'ironia*. Genova: Il Melangolo, 1987; Id. (1980). *Il non so che e il quasi-niente*. Genova: Marietti, 1987 e Torino: Einaudi, 2011; Id. (1977). *La morte*. Torino: Einaudi, 2009; Id. (1978). *Da qualche parte nell'incompiuto*. Torino: Einaudi, 2012 (con Béatrice Berlowitz).
- [26] Jankélévitch V. *La morte*. Torino: Einaudi, 2009.
- [27] Intervista a Ginevra Sanguigno, pubblicata nel maggio del 2004 nel mensile *Natural Style*, Cairo Editore: pp. 119-123.
- [28] Frasi estrapolate dal reportage "Clown in Kabul".