

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Facoltà di Magistero**

**Laurea in Psicologia**

**STUDIO DEL RAPPORTO INFERMIERE-**

**MALATO**

**(Approccio fenomenologico)**

**Relatore: Ch.mo Prof.**

**GIORGIO FERLINI**

**Laureando:**

**Mario Pigazzini**

**Anno Accademico: 1974/1975**

***Nulla voglio sapere  
che io non abbia pagato  
per sapere.***

***René Daumal***

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>DIARIO</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>DISCUSSIONE</b>	<b>Pag. 123</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>Pag. 137</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>Pag. 142</b>

## **INTRODUZIONE**

Questa tesi si offre come la relazione d'una situazione intersoggettiva, sviluppatasi nel contesto di una divisione ospedaliera di neuropsichiatria, dove chi scrive lavora come infermiere.

Il prof. Lorenzo Calvi, primario della divisione, mi ha guidato nel mio lavoro, suggerendomi innanzitutto di proporre un determinato materiale di ricerca e precisamente il diario della mia esperienza quotidiana.

Uno studente-infermiere che tiene un diario, un primario che ogni tanto lo legge e lo commenta, entrambi che si scambiano libri ed informazioni per cominciare ad organizzare un repertorio bibliografico intorno all'argomento prescelto: ecco una situazione mondana come tante altre, che si è protratta per alcuni mesi ma che poi "esplosa", quando un'intuizione eidetica ha fatto capire che il rapporto infermiere-malato era una situazione esistenziale, che la mia tensione conoscitiva era tensione intenzionale e che la partecipazione del primario era un coinvolgimento che costituiva anche lui nell'intersoggettività.

A questo punto, tutti i presupposti mondani della tesi sono caduti, perché non hanno retto di fronte all'esigenza di situare il rapporto infermiere-malato nel mondo della vita.

E così la mia esperienza mondana ha lasciato il posto ad un'esperienza eidetica, il repertorio bibliografico si è in gran parte svuotato di senso, il mio diario è proseguito sganciandosi sempre più dalla contingenza quotidiana, per dar conto delle tappe di un esercizio fenomenologico.

Allorquando Calvi mi ha comunicato la sua intuizione eidetica dell'intimità esistente tra infermiere e malato, è divenuto ovvio far posto sempre di più al metodo ed allo stile della fenomenologia trascendentale di Husserl, giacché ci è apparso evidente che questa intuizione racchiudesse pressoché tutto il senso del rapporto in esame. E che cosa si può fare di una intuizione eidetica se non svilupparla con i mezzi messi a disposizione da Husserl?

Nasce così questa tesi, la quale non è una tesi di filosofia, perché non vuole né elaborare né commentare né verificare un sistema od una visione del mondo; non è una tesi di psicologia, perché non si rifà ad analoghe ricerche né si svolge secondo i metodi della psicologia classica; non è una tesi di psicopatologia, perché fa riferimento bensì al malato, ma prescinde completamente dalla sua entità clinica per occuparsi soltanto della sua realtà esistenziale; infine, è una tesi di fenomenologia antropologica, perché ne sono protagonisti ed autori insieme alcuni uomini (io, gli altri infermieri, il primario, i malati visti nella loro emergenza fenomenica, cioè come soggetti-oggetti; ed è anche una tesi di antropologia trascendentalmente costitutiva (o di ontologia), perché questi uomini acquistano il loro senso teleologico nel contesto dell'intersoggettività.

Il mio diario accoglie dapprima notazioni ingenua, “naturalistiche”, di cui riconosco ora l'ovvietà mondana del luogo più o meno comune, il pietismo tradizionale, la critica e l'invettiva della consuetudine più o meno rivoluzionaria.

Esso lascia cadere rapidamente tutto questo per far posto a notazioni sempre più fondate in una sfera ontologica diversa, che è quella dell'husserliano “mondo della vita” dopo che alcuni episodi si sono disvelati (alla visione eidetica) per momenti costituenti del rapporto infermiere-malato come modalità esemplare di rapporto intersoggettivo.

Si capisce quindi che la cronologia del diario non abbia alcuna importanza e che tra le sue pagine si intercalino liberamente frammenti di conversazioni con Calvi, riflessioni sul mio procedere fenomenologico, ripetizioni e riconsiderazioni continue quando si proponesse un ulteriore grado dell'epoché.

Se è vero che “parlare è incorrere in tautologie”<sup>(1)</sup> il discorso fenomenologico sembra rispecchiare più di ogni altro questo assunto, giacché si costruisce su se stesso per accumulazione come un edificio i cui elementi strutturali sono sempre gli stessi (travi e mattoni, mattoni e travi).

Nell'apparizione fenomenica c'è già tutto, giacché se è una ricerca di senso che si sta facendo, ciò che appare col fenomeno è appunto il senso della cosa o della situazione.

---

(1) Borges J.L. Finzioni, Einaudi, Torino, 1974, pag. 75-77.

Nulla può sostituire l'apparizione fenomenica: prima che essa si verifichi, lo studio dei testi della fenomenologia serve a creare l'atmosfera, a sensibilizzare verso la capacità di visione eidetica, oltre che ad approfondire i modi con cui la visione stessa viene elaborata.

Ma senza una visione eidetica propria, queste elaborazioni possono sembrare gratuite ed il discorso può giustamente sembrare tautologico. Con una visione eidetica propria, il discorso fenomenologico altrui viene vissuto dal di dentro, perché ora si sa che cosa vuol dire essere nell'epoché, ma nello stesso tempo urge la necessità di condurre un discorso proprio, sia pure ripercorrendo strade largamente frequentate, giacché si tratta non di assolvere ad una pretesa scientifica di scoprire qualche cosa di nuovo, bensì di testimoniare in prima persona per l'umanità, "sempre di nuovo".

## **DIARIO**

10.5.74

Calvi s'interessa da tempo ai miei studi di psicologia.

Egli mi suggerisce di tenere un diario della mia esperienza d'infermiere e di farne materia per la tesi.

Subito capisco che questo potrebbe rappresentare la sintesi di sei anni di lavoro.

I bisogni dei malati, i rapporti di amore e di odio, l'accettazione o il rifiuto di questo o quel malato, quanti momenti della mia esistenza che rischiano di chiudersi in un processo di ripetizione, di sclerosi. Non sono ben sicuro che tutto ciò non vada a costituire una seconda vita, che finisco col vivere senza più immettervi tutte le mie autentiche intenzioni, come se volessi riservarle per chissà che cosa.

Il diario potrebbe costituire un inventario delle mie delusioni e quindi un'accusa, verso chi? Potrebbe anche essere un alibi, che testimoni la mia presenza assidua e la mia partecipazione sul campo del rapporto col malato onde io sia in grado di poter sostenere le accuse di chi? Dietro questi interrogativi si nasconde - temo - la vecchia nozione di coscienza ed il diario potrebbe forse essere un esercizio per far convergere propositi e realizzazioni, secondo un'esigenza di unità di coscienza, che forse è stata tradita fin troppo lungamente.

Comunque, la proposta di Calvi è abbastanza stimolante ed ora sono qui, che mi ci provo.

17.5.74

Quanto è avvenuto oggi tra me e il n. 9 ha messo bene in luce dentro di me l'ambivalenza che spesso s'instaura nei rapporti con un malato. Mentre egli tenta di rimanere a letto e di essere imboccato, lavato, accudito nei suoi bisogni evacuativi io faccio tutto l'opposto, rifiutandomi d'accudirlo. Mentre dapprima egli ha accettato il mio atteggiamento, ora egli vi si oppone orinandosi addosso oppure orinando sul pavimento.

“Faccia come vuole, se ha bisogno si cerchi un altro infermiere” gli ho detto oggi e gli ho espresso il mio rifiuto anche con gesti grossolani, trascuratezza voluta, inattenzione alle sue chiamate.

Ognuna di queste azioni provocava in me un senso di colpa, dal quale tentavo di sciogliermi attenuando e trasformando la mia aggressività con una battuta spiritosa (“glielo taglio via se fa ancora pipì”), che suscitava il riso degli altri ammalati.

Devo dire che fin dal primo incontro con lui, avevo avuto un atteggiamento negativo.

Lo trovai molto sporco, con le mutande rotte, trascurato. La prima reazione fu di disappunto verso i miei colleghi e verso sua moglie, ma, dato che nessuno di loro era presente, spostai queste reazioni sul corpo sporco e maleodorante del malato, attribuendo a lui stesso la colpa della sua trascuratezza.

Un secondo motivo di rifiuto fu quando lessi la sua cartella clinica, scoprendo che non aveva alcuna paralisi, ma che si comportava così per le sue condizioni psichiche. Fu allora che non volli che nessuno lo imboccasse, lo invitai a fare da solo i suoi bisogni e lo feci alzare e camminare con stupore dei suoi parenti e degli altri infermieri.

In tutte queste iniziative fui piuttosto brusco, perché sentivo di esser mosso dal rifiuto di quel corpo più che da un vero interesse terapeutico.

Ciò è dipeso forse anche dal fatto che il malato più che piagnucolare non fa ed è praticamente impossibile avere un rapporto verbale con lui.

Sta di fatto che il compito di pulire i malati che non ce la fanno a tenersi puliti da soli e quello di sorvegliare che lo facciano quelli che ce la fanno mette in particolare evidenza il ruolo intermediario che l'infermiere ha tra il malato ed il medico, giacché questi esige che i malati gli si presentino puliti.

I sensi del medico sono forse più sensibili dei nostri?

E non pensa il medico che il malato pulito ha perso qualcosa della sua naturalezza e che egli rischia di non rilevare sulla sua persona elementi che potrebbero anche essere significativi?

Sono sicuro, ad esempio, che il medico in ospedale perde parecchio passando in rassegna una serie di malati in pigiama, anziché vederli con i loro abiti, tanto più espressivi della personalità di ciascuno.

Noto che, da parte di quasi tutti i medici non c'è neppure curiosità per il malato come uomo. Ma io vorrei essere un intermediario non soltanto in veste di "agente di pulizia", bensì anche in veste di "interprete" tra due mondi sostanzialmente poco comunicanti, quello del medico e quello del malato.

18.5.1974

Ieri è morto un mio parente per emorragia cerebrale: una settimana prima era morta sua moglie.

L'atteggiamento dei medici, degli infermieri del pronto soccorso e della rianimazione era indifferente. In fondo, ai morti siamo abituati, tanto da non comprendere il dramma dei figli che in otto giorni perdono padre e madre. Il lavoro eccessivo e la scarsità del personale, fanno sì che nessuno in questi casi possa attendere ai parenti, a coloro, che, vivi, soffrono il trauma della morte. Non è che noi infermieri siamo insensibili alla morte, è che non abbiamo il tempo e la possibilità di "sentire" la morte: ricordo che una volta ne fui scosso profondamente: una madre aveva perso il marito da una settimana e quel pomeriggio di sabato portavano l'unico suo figlio quindicenne in pronto soccorso, ormai cadavere. Non sapevo che cosa fare e non volevo pensare a ciò che succedeva intorno a me. Mi misi a suturare le grosse ferite di quel corpo, poi quando tutto finì, fischiando cominciai a passeggiare lungo il corridoio. Cercavo di non pensare. Sentivo più comodo appoggiarmi alla teoria del "distacco affettivo", in fondo: chi era costui?

Il pronto soccorso è il luogo dove le tragedie sono più frequenti, ma è anche il luogo dove, per il rapidissimo succedersi dei malati e dei problemi più diversi, le tragedie lasciano meno traccia in chi li assiste. In fondo, la questione è tutta qui: "assistere una tragedia" o "assistere a una tragedia"?

Le suore sono ancora quasi dovunque le colonne dell'ospedale; esse praticano un'assistenza fondata su presupposti religiosi, dove l'esercizio della carità è inteso soprattutto come esercizio spirituale; ciò si traduce nel comportamento esteriore: compostezza, calma, e noi infermieri finiamo molto spesso col sentirne l'esempio ed imitarle. Distacco affettivo dunque: non affezionarsi ad un determinato malato, ma anzi vedere volentieri che i malati si cambino velocemente, giacché vedere sempre le stesse facce può determinare una qualche implicazione affettiva (magari negativa; noia, stanchezza); accettare tranquillamente che ciascun malato sia candidato a morire.

Ho rispetto per le suore, penso che ci sia ancora molto da imparare da loro, ma mi domando se oggi, che la gente viene in ospedale in maggior numero per curarsi che per morire, la dottrina del distacco affettivo sia ancora valida.

21.5.1974

Ieri sera ho trovato G. scioccato per la scena alla quale aveva assistito in pronto soccorso. Un ragazzo di 15 o 16 anni, gravemente ferito in un incidente stradale, era cosciente e perfettamente lucido di star per morire ("fate in fretta che muoio" diceva ai medici). Era questa lucidità che lo aveva profondamente abbattuto.

Capita così raramente di vedere gente morire con la piena coscienza della morte imminente.

Capitò anche a me anni fa un caso simile. Era un impiegato di 40 anni, venuto su dalla gavetta, padre di due bambini sui dieci anni. Diagnosi: linfogranuloma. Era molto cordiale con noi infermieri, parlava di tutto, del suo lavoro, della vita politica, di sport. Accettava tutte le terapie, non si lamentava mai, se qualcosa non andava, lo faceva notare gentilmente. Avevamo fatto amicizia. Gli altri lo trascuravano un pò, in fondo non chiedeva mai nulla, si arrangiava. Per me invece il piacere della conversazione, la diversità di argomenti, il rispetto reciproco, erano motivi di attrazione.

Quando morì, una mattina alle dieci, chiamò a sé i bambini, li baciò, raccomandò loro di essere buoni. Chiamò la moglie, la baciò. Non disse nulla, chiuse gli occhi e morì. Fu l'unico malato del quale andai al funerale. Il ricordo di lui e della sua umanità è tuttora vivissimo in me.

G. mi parlava anche dei suoi sentimenti verso i medici: a volte il loro scarso senso pratico, le loro teorie, i loro schematismi, il pensare a sé stessi, trova aspri sentimenti di

rifiuto in noi infermieri, rifiuto che si accompagna con l'abisso legale ed economico-sociale che ci separa, per cui spesso si instaurano quei rapporti ambivalenti di desiderio-odio, che portano ad atteggiamenti di assoluto asservimento al medico oppure di trascuratezza (più o meno inconsapevole) dei loro ordini, il che finisce sempre a discapito dei malati. Spesso desideriamo anche sostituirci ad essi e purtroppo qualche volta lo si fa. Con quali conseguenze?

22.5.1974

Rileggo il diario di ieri e rimango colpito da queste parole: "...ricordo...vivissimo..." Di chi? Di un morto. Sono tentato di cancellare questo aggettivo, che mi sembra incongruente con la morte, ma mi fermo subito.

Il mio diario non è molto curato sul piano linguistico, ma forse proprio perciò questa mi sembra una rivelazione. Una di quelle epifanie verbali di cui mi ha parlato Calvi, che coltiva assiduamente la fenomenologia husserliana e qualche volta me ne espone principi e metodo.

In che cosa può essere vivissimo il ricordo di un morto?

In che cosa può consistere in generale il ricordo di un morto? Napoleone è morto e tutti abbiamo studiato a scuola il "5 maggio"; ricordo storico, ricordo letterario, non certo "vivissimo". Cominciamo allora a distinguere: mettiamo storia e letteratura nella memoria e non nel cuore (tra i ricordi); lasciamo il ricordo del morto di cui parlo nel cuore; nel mio cuore c'è la traccia di un morto ed io so che questa traccia si chiama mortificazione (in effetti scopro in questo momento che cosa vuol dire mortificazione); con tutta la sua mortificazione il mio cuore è vivissimo; forse d'ora in avanti io vivo anche grazie a questa mortificazione, a questo ricordo.

Ho avuto un'educazione cristiana e quindi so benissimo che nella mia vita è implicito l'essere destinato a morire e che la mortalità è come un ingrediente ineliminabile della mia umanità.

Ma se rifletto sulla mortificazione, mi accorgo che essa è il segno metafisicamente tangibile (così come una cicatrice è il segno fisicamente tangibile di una ferita) che la mia mortalità mi è stata rivelata e che da quel momento io non sono più lo stesso di prima e che il possesso della mia vita è un qualcosa di cui tanto più devo render conto quanto più so oramai con certezza che esso è un bene che ho in comune con gli altri.

Prima di avere sperimentato la mortificazione, potevo anche pensare che la vita fosse per me e che la morte fosse per gli altri. Ma da quando la morte di un altro ha svelato a me la morte che è in me, da allora so che, morto l'altro, la morte è mia che sono vivo e che la morte accompagna la vita di tutti.

La mia vita non m'appartiene nel senso egoistico della parola anche perché la morte che porto in me un giorno o l'altro potrà forse mortificare qualcuno, disvelando a lui le sue riposte intenzionalità per la morte.

24.5.1974

L'assuefazione al lavoro colpisce anche gli infermieri. Di tutto il trambusto di oggi la cosa più interessante è che eravamo tutti abbastanza contenti perché non è stato ricoverato il Beppe, un giovane cieco, pieno di tic, che è già stato in reparto più volte.

In fondo la cosa che ci scoccia è che il Beppe pretende ciò che può fare da solo, e lo pretende accusandoci di non fare il nostro dovere; essendo spesso infondata, questa accusa irrita molto tutti quanti; inoltre, dato che accusa tutti, ci sentiamo uniti e come tali siamo spinti a rifiutare gesti anche banali.

Oggi comunque ho potuto constatare che quando uno lavora, sono disposti a collaborare anche i malati. E' il rapporto col malato che distingue il vero infermiere da colui che lavora solo per il 27!

25.5.1974

Uno degli assistenti non ha messo la fleboclisi e gli ammalati se la prendono con me. Capita spesso anche il contrario, che il medico se la prenda con noi per cose che l'ammalato fa.

Il malato spesso ci vede come parte del corpo medico e pretende da noi assicurazioni e a volte anche terapie, mentre il medico scarica su di noi impazienze e pregiudizi che egli ha nei confronti dei malati. Potrei quasi dire che siamo una figura di rimbalzo. L'ammalato sovente ci delega anche i suoi rapporti col medico. Se non si sente esaudito, se non si sente sicuro e gratificato, per non spazientire il medico egli va dall'infermiere e lo spinge a chiedere quello che lui non osa più; quasi che all'infermiere non sia permesso spazientirsi. Può darsi che il malato senta meno fortemente verso l'infermiere quello stato di dipendenza, che sente fortemente verso il medico. Questo è

capitato ieri con una malata la quale pretendeva che le mettessi io la fleboclisi dopo che un assistente le aveva rotto la vena due volte, minacciando un rapporto al Professore.

Il ricatto è un'arma pericolosa sia in mano ai malati che agli infermieri, e quanto più i rapporti tra loro sono deteriorati, tesi, di sopportazione, tanto più la minaccia del ricatto viene prospettata.

Non ricordo di avere mai usato questo tipo di approccio col malato, ma so che viene sovente praticato da altri infermieri con motivazioni più o meno terapeutiche.

Sembra inutile dire quanto il ricatto sia una forma distorta di rapporto.

La situazione ospedaliera ha uno stampo militare. I malati raccontano spesso le loro degenze come periodi di "ferma" o come campagne di guerra. Se poi sono stati operati, gli interventi valgono come ferite riportate sul campo.

I medici sono gli ufficiali, i malati sono la truppa, agli infermieri non resta che il ruolo di sottufficiali, quei famosi sergenti che vedono reclute e comandanti andare e venire mentre loro sono sempre lì.

Il paragone non è neanche del tutto paradossale e comunque sta ad indicare che la gerarchia nella vita ospedaliera è un anacronismo, un'espressione d'incultura. Se non fosse l'abitudine, ci sarebbe da restare ogni giorno sbalorditi constatando lo stato di soggezione in cui si trovano quasi tutti i malati. E si direbbe non soltanto una dipendenza affettiva nei confronti del medico, come colui che assicura la salute, ma anche una manifestazione classista. Ruolo politico dell'infermiere? Intuisco che ci dovrebbe essere, ma non so come definirlo. Per intanto questo ruolo si esercita appunto nel modo più distorto, inserendosi nel dislivello esistente tra medico e malato, non per colmarlo con il proprio contributo affettivo e con i propri strumenti di comunicazione, ma per esasperarlo con il ricatto della delazione o anche semplicemente con il rifiuto a trasmettere messaggi.

30.5.1974

Ieri sera ho dovuto usare la forza con un malato, un alcoolista, che disturbava tutti e non voleva fare un'iniezione. L'ho fatto per ordine del medico, ma ne avrei fatto a meno. L'altra sera, ad esempio, la n. 15 piangeva perché voleva andare a casa. Nella "consegna" c'era prescritta una fiala di Valium. Mi sono seduto sul letto, ho parlato un pò con lei, le ho accarezzato il volto e dopo dieci minuti dormiva. Con l'alcoolista non

sarebbe stato certo così facile, ma avrei potuto tenerlo con me, dargli da bere e da mangiare, chiacchierare come tante altre volte ho fatto. Ho scelto invece la via più comoda, di chiamare un medico, fare l'endovenosa, che in effetti si è dimostrata la via peggiore. C'è voluta un'ora e si sono svegliati tutti. Gli altri fanno tutti così, sia perché c'è poco tempo, sia perché manca una vera coscienza dell'uomo, dei rapporti umani e dei valori psicologici e soprattutto del valore terapeutico del rapporto infermiere-malato.

Ma mentre io sono preso dal problema studio, i miei colleghi hanno il problema della famiglia, per cui se sono uomini si risparmiano per fare altri lavori, se sono donne sono già stanche per il lavoro domestico.

Il rapporto infermiere-malato è guastato spesso da questi problemi economici, ma soprattutto dalla disinformazione.

L'infermiere non sa che un rapporto di fiducia e di rispetto, un vero rapporto umano col malato, gli risparmierebbe gran parte del lavoro, sia perché il malato collabora di più, sia perché si affida all'infermiere più che al medico, sia perché il malato diventa docile ed accetta quanto l'infermiere gli propone.

31.5.1974

Penso ai diversi stati d'animo che possono sorgere in noi infermieri. Vedevo un momento fa il n. 8 coi suoi 30 anni, la sua faccia da bamboccione, quel suo capo sudato, appiccaticcio, sporco, quel suo sguardo obliquo, che è un misto di vergogna del suo stato e di paura di essere offeso; dall'altro lato il n. 7 sempre ben pulito, cordiale, a volte spiritoso, con una bella moglie affabile e simpatica: da una parte ciò che noi siamo, dall'altra ciò che noi vorremmo essere.

I processi di identificazione giocano un ruolo importante nel rapporto infermiere-malato, in certi casi determinante. E non è necessario che si desideri essere chissà che cosa!

Potrebbe essere la tranquillità del n. 2, la serenità (apparente) della n. 22, la semplicità della n. 16, ecc. Piccoli tratti di personalità possono far trascurare aspetti più gravi. Possono essere anche i capelli biondi che ti ricordano una persona cara, oppure una vecchia conoscenza.

Svariati, piccoli o grandi, molti sono i motivi di attrazione, a volte anche futili o poco durevoli, verso un malato; e lo stesso vale per la repulsione.

1.6.1974

Questa notte ho visto a che punto può arrivare un infermiere! Dovevo cambiare la n. 3 ed ho chiamato la Rosa. Infastidita per questo, ha trattato quella povera ammalata come un cane. Ed è la stessa Rosa così gentile con chi acquista oggetti nel suo negozio! Questa è la professione infermieristica? Cosa può aspettarsi un malato da gente simile? Forse hanno visto nella professione infermieristica una forma di potere, di prestigio, magari con un alone di magia?

2.6.1974

Il n. 1 voleva darmi 1.000 lire di mancia, perché ha sbagliato a suonare il campanello alle 2 di notte.

La sua motivazione era che ero molto gentile, che non mi spazientivo. Ha insistito a lungo perché le prendessi, ma dato il mio netto rifiuto, mi ha di nuovo chiesto scusa e ringraziato.

Molti pensano che le gratificazioni del nostro lavoro stiano in questi ringraziamenti dei malati.

Il lavoro dell'infermiere, dicono spesso, è un lavoro nascosto e come tale deve accontentarsi di questi piccoli riconoscimenti.

Questo è quanto abbiamo ricevuto da una mentalità che ormai non serve più.

L'infermiere deve essere parte integrante della diagnosi e della terapia; la sua gratificazione è la guarigione del malato, che si attua anche mediante i rapporti che egli è riuscito a stabilire. Non possiamo essere le ombre del medico. A questo livello la nostra non è più una professione, ma una schiavitù. Questo non vale solo per gli infermieri della Neuro, ma per tutti, perché ogni malattia ha una grossa componente psichica.

Il fatto delle mance è molto noto nel nostro ambiente.

Molti servizi si fanno in funzione delle mance.

La mancia crea in primo luogo un conflitto nell'infermiere: fan comodo, pur sapendo che dovrà dedicare più tempo e maggior cura ad un malato che magari ha già rifiutato in cuor suo, (e magari può anche mutare il rifiuto in accettazione); in secondo luogo, un conflitto tra lui ed altri malati, i quali pensano che uno sgarbo fatto gli nasca

dal non aver dato la mancia; in terzo luogo nel malato stesso, che non sa se darla a tutti, se ridarla e in quale misura esigere le prestazioni; infine, spesso, e solo, quelli più violenti coi colleghi.

Il lato peggiore, è però la trivializzazione del rapporto, il condizionamento che si crea nell'infermiere, la perdita del senso vero di quello che si fa.

7.6.1974

Ieri assistevo all'aiuto che un'infermiera tentava di dare ad una ragazza paraplegica.

Di solito coloro che hanno difficoltà motorie si creano dei "trucchi" per muoversi, cosicché spesso l'intervento degli altri diviene un disturbo. Ebbene, questa infermiera voleva a tutti i costi imporre un modo di fare suo.

Spesso noi infermieri pensiamo di essere dei tecnici, ma siamo solo degli "standardizzati", sia perché siamo costretti spesso a fare le stesse cose per tutti, per cui finiamo per pensare che vadano bene per tutti, sia perché vogliamo imporre le nostre soluzioni, col risultato di mettere a disagio gli ammalati, che non osano ribellarsi.

10.6.1974

Ho impressione a volte che ci sia molta più attenzione dell'infermiere verso l'ammalato che del malato verso l'infermiere.

Lavoro in ospedale da tanti anni ed anzi si può dire che ci vivo gran parte del mio tempo. Mi accorgo che i malati non fanno compagnia: per forza, il malato è egocentrico. Se ti rivolge la parola è soltanto per chiederti delle sue analisi, delle sue cure, del decorso, per esprimere insomma le sue paure e le sue speranze. Questa unilateralità del malato è quel che appunto mi fa pensare che egli presti poca o nessuna attenzione alla persona dell'infermiere. Non è facile, veramente, rendersi conto che il malato non fa compagnia, perché ci distrae da questa scoperta la compagnia che ci si fa tra infermieri.

Eppure c'è tutto questo prossimo nelle corsie, passiamo in mezzo ad esso, ci prodighiamo in tanti atti; sentiamo che non ci basta il nostro fare, che vorremmo essere a nostra volta prossimo di esso.

Ecco: questo è il punto, vorremmo esserci per il malato, non soltanto fare per lui.

11.6.1974

Quando mi sento valorizzato ho un nuovo interesse per il malato.

12.6.1974

Allora Mary disse che avrebbe fatto l'infermiera: "perché potrò infilare degli aghi nelle persone. Mi piace far male alla gente". Queste parole sono dette da una bambina di 11 anni condannata per l'omicidio di due bambini.

Leggo oggi questa notizia sul giornale e mi dico che non devo almanaccare sulla storia passata della bambina, ma prendere la sua affermazione per quello che è. E mi dico allora che più di una volta si vorrebbe avere al posto del malato qualche altra persona.

Questo spostamento non è poi del tutto sempre inconscio, tant'è vero che spesso, quando si vuol "far male" con gusto, si finisce col far male sul serio. La nostra professione permette di essere dei sadici belli e buoni.

24.6.1974

Dal film "Pelle di serpente": "lei non è un'infermiera, lei ha gli occhi troppo freddi; lei gode a vedere gli altri soffrire!"

Il sadismo degli infermieri: uno dei più grossi problemi della nostra psicologia; la nostra forza è basata sulla debolezza degli altri: noi ci siamo perché gli altri hanno bisogno, ma hanno bisogno perché sono deboli.

Si consumano nel loro bisogno, la malattia li consuma come se fossero degli oggetti. E noi li cogliamo appunto nel momento in cui non sono più uomini del tutto. Verso i malati viene spontaneo un atteggiamento di comando (come se si vivesse in caserma, osservavo qualche giorno fa) e chi si rifiuta di obbedire viene additato come un presuntuoso, anziché affrontato da uomo a uomo. Il fatto è che la sua resistenza mette in luce la nostra reale debolezza. Basti pensare a quanto siamo deboli sindacalmente, là dove ci troviamo di faccia altri e non il malato.

Ricordo che ero un fifone quando ero piccolo e penso che uno dei motivi, che mi hanno spinto a fare l'infermiere è stata l'idea di affrontare direttamente il dolore: affrontando una situazione ci si immunizza, come vaccinarsi.

So di altri infermieri che hanno scelto questa professione dopo aver assistito a lungo dei parenti malati.

La paura di soffrire ci arma di coraggio : “ ... il coraggio è la prontezza di prendere su di sé le negazioni, anticipate dalla paura, per amore di una affermazione più piena” (2)

25.6.1974

Dovendo sostenere un esame all'università ho letto il “Trattato di Psicanalisi” di Fenichel ed ho trovato che nell'infermiere ci sono sadismo, masochismo ed omosessualità, tutte quante espressioni della paura della castrazione.

Ma aldilà di questa paura, più o meno inconscia, io penso che esista in noi una vera paura della sofferenza, del dolore, come ho ricordato ieri di me stesso.

Restituendo il “Trattato” di Fenichel a Calvi, gli ho chiesto se credesse anche lui alle perversioni degli infermieri ed egli mi ha citato Musatti: “...Il timore di non essere sessualmente normali è latente negli uomini, dato che il materiale di cui le perversioni sono costituite è presente nella vita di ognuno: o per lo meno lo è stato nel periodo di sviluppo dell'istinto e cioè durante la vita infantile”.

Con queste parole Musatti introduce alla lettura di un libro appunto sulle perversioni sessuali<sup>(3)</sup>, mettendo in guardia il lettore dal pericolo di identificarsi con questo o quel caso descritto.

In questa occasione, Calvi mi ha spiegato distesamente perché non vede di buon occhio che io legga libri di psicanalisi.

Secondo lui la psicanalisi bisogna conoscerla di prima mano, mediante l'analisi didattica; le letture possono essere dannosamente suggestive perché possono indurre ad interpretazioni schematiche, non adatte al caso particolare, in una parola “selvagge”.

Egli nega che si possa fare un uso di seconda mano della psicanalisi ed infatti lo posso constatare dalle anamnesi, che spesso raccoglie e scrive lui stesso.

Vi è in queste “storie cliniche” - sia pure nella necessaria sommarietà di una cartella ospedaliera - lo sforzo di raccogliere una serie di elementi, che possono servire ad individuare il malato, nel senso di tentare una tipizzazione nella sua attualità, nel suo presente.

---

(2) P.Tillich, Il coraggio di esistere, Ubaldini, Roma 1968, pag. 61

(3) Perversioni sessuali, a cura di S.Lorand e M.Balint, Feltrinelli, Milano, 1974

Calvi dice che nel lavoro ospedaliero non si può assolutamente pretendere di fare della psicodinamica, perché avendo poco tempo a disposizione, si rischia di dar credito ad un certo “prima” di quel malato, quel “prima” che emerge più facilmente, mentre immancabilmente prima di esso c’è tutta una serie (infinita) di altri “prima”.

Lo sforzo di vedere il malato in prospettiva rischia troppo facilmente di essere vanificato dall’emergenza di nuovi elementi storici, mentre l’urgenza dell’intervento rende opportuna una visione frontale, non prospettica ma ortogonale di esso. In questa visione il malato appare sostanzialmente l’antagonista d’una vicenda dove il protagonista è il suo destino e noi cogliamo ora la scena iniziale ora quella intermedia ora quella finale di questa vicenda ripetitiva. Ciò che caratterizza il malato è non tanto la singolarità della sua vicenda quanto lo stile del conflitto protagonista-antagonista. La clinica ci guida bensì a classificare i vari stili (depresso, isterico, schizofrenico, ecc.), ma ci deve anche lasciare tutto lo spazio necessario a cogliere le caratteristiche individuali. Sullo stile clinicamente classificato, si fa intervenire la farmacoterapia. Sulle sue variazioni individuali si fa intervenire la psicoterapia, nel senso che al malato travolto dal consumo, cioè dall’emergenza della malattia, si contrappone la permanenza della figura del medico (magari anche dell’infermiere), come negazione del consumo, che fuorvia ed arresta, e stimol(o) a riprendere il cammino della propria storia individuale.

26 .6.1974

Riprendo a lavorare dopo le ferie e mi sento un estraneo di fronte ai malati. In fondo cosa conto io? Io o un altro non è la stessa cosa? Di me, cosa resta all’ospedale? All’ospedale nulla. Ed ai malati? Quasi nulla!

Se sono potuto stare in ferie senza che nessuno praticamente se ne accorgesse, vuol dire che passo per l’ospedale senza lasciar traccia e questa riflessione mi dà un senso di non esistenza.

Ed è tanto vero quello che osservavo qualche tempo fa, cioè che si vorrebbe trovare compagnia anche in ospedale, che anche in questa occasione ho superato questo stato d’animo, parlando con l’infermiera che era con me.

Aveva veramente piacere a stare con me; il giorno prima erano successi vari pasticci in reparto e lei scaricava un pò della sua rabbia raccontandomi l’accaduto.

Questo mi ha distolto dal penoso sospetto di essere interscambiabile con un altro.

Il sentimento di essere indifferenti agli altri si può tradurre in indifferenza per gli altri.

28.6.1974

L'assenza di tempo è uguale all'assenza di rapporto.

Certo il tempo a volte si può anche trovare, comunque è già un tempo "stanco", spesso irritato, preoccupato, per quello che ci aspetta fuori, per i problemi famigliari... Il malato raccoglie solo briciole del tempo dell'infermiere. Bisogna però anche qui distinguere tra malato e malato.

C'è il malato il cui ricovero è transitorio: un'operazione, accertamenti, malattie di facile guarigione.

Il malato è cosciente di questa brevità e anche se ci sono problemi diversi egli sa che sono temporanei e perciò si aiuta a superarli facilmente.

Esiste invece il malato vero, quello la cui vita sta per cambiare o è già cambiata: è con questo tipo di malato che si deve instaurare un vero rapporto.

Solgenitzyn in "Divisione cancro" parla ripetutamente di una seconda vita e questa vita nasce appunto dalle braccia dei medici e degli infermieri <sup>(4)</sup>.

Si potrebbe fare un paragone tra la nascita originaria e quest'altra nascita, prendendo come spunto un articolo di Ferenczi sullo sviluppo del senso di realtà<sup>(5)</sup>.

Nel bambino c'è un periodo di onnipotenza incondizionata ed esercitata da lui stesso; nel malato invece essa è proiettata sul medico e sull'infermiere; egli crede realmente che lo possano guarire.

L'infermiere, spesso ancor più del medico, è bombardato con insistenza da domande con cui il malato cerca di verificare questa onnipotenza. Ma non è soltanto così che il malato interroga l'infermiere; egli si abbandona volentieri nelle sue mani, spesso si fa accudire nei suoi bisogni intimi anche se ne potrebbe fare a meno, come se volesse appunto dichiarare non a parole la sua dipendenza e la sua fiducia.

---

(4) Solgenitzyn A., Divisione Cancro, Garzanti, Milano, 1974, pag. 14; 23-24; 28; 35; 38.

(5) Ferenczi S. Fasi evolutive del senso di realtà, nel 10 Volume di: Fondamenti di Psicanalisi, Guaraldi, Rimini, 1972.

Questa comunicazione non verbale è per il malato assai più rassicurante di quella verbale, se non altro perché egli può chiedere (e ottenere) che venga ripetuta ogni volta che ne ha bisogno, mentre qualsiasi richiesta verbale finirebbe col dar fastidio e suscitare una risposta negativa.

Qualche volta il malato mi fa l'effetto di un parassita, tale è la tenacia e nello stesso tempo l'abbandono con i quali si culla tra le parole dei medici e le prestazioni materiali degli infermieri.

Si capisce benissimo che in lui il principio del piacere (= fiducia nella guarigione) ha il sopravvento assoluto sulla realtà.

1.7.1974

Ieri la n. 1 continuava a trattenermi nella sua camera a chiacchierare; io non potevo e lei si lamentava; questo nostro affannarci dietro le incombenze materiali senza poter badare ai malati, è il nostro handicap più grande.

Anche Solgenitzyn, in "Divisione cancro", descrive gli infermieri come dei "moti perpetui"<sup>(6)</sup>, eccetto che nella pausa notturna. L'infermiere diventa per il malato colui a cui si può strappare informazioni sulla propria salute, un dispensatore di sorrisi, oppure un semplice "punturista".

Ricordo X, che pur passa per un bravo infermiere, il quale ha lasciato l'emodialisi per il reparto, perché "lì ci sono sempre gli stessi malati ed annoiano". La brevità del rapporto, la superficialità dei contatti, il non coinvolgimento emotivo sono i cardini della nostra professione.

Quante volte sono stato rimproverato perché mi sono fermato a chiacchierare con gli ammalati invece di pulire.

Se dicessi ad una suora che dà la precedenza alle pulizie rispetto ai malati, lei si irriterebbe eppure è proprio così.

Il fatto è che è facile controllare un infermiere che pulisce, mentre non si può controllare un infermiere che si intrattiene con i malati: chissà cosa gli va a dire, chissà che sentimenti mette in moto.

---

(6) Solgenitzyn A., op. cit., pag. 13.

Lo so benissimo che l'ospedale è un'organizzazione complessa, che deve avere un ordine; tuttavia quando chiacchiero con un malato mi sento sorvegliato e questo non può non darmi un senso di oppressione.

Mi rendo conto adesso che la dottrina del distacco affettivo fa molto comodo all'Amministrazione dell'ospedale, perché, escludendo una partecipazione personale da quello che si fa, mantiene i dipendenti di ogni livello in uno stato di anonimato verso i degenti, che possono anche ritenere di ricevere l'assistenza non dall'impegno volontario ed intenzionale degli operatori (medici ed infermieri), ma da un'elargizione sovrana di chi detiene il potere politico.

5.7.1974

Al n. 13 è ricoverato da alcuni giorni un uomo non molto anziano, sui 65 anni, che però ne dimostra assai di più.

Si chiama Alessandro D. e Calvi l'ha interrogato più volte, dicendo anche a me di osservarlo in modo particolare. Egli rimane quasi sempre coricato sul letto senza le coperte addosso, in uno stato di tensione muscolare, con le gambe parallele e flesse, la testa flessa in avanti e così pure parte del tronco. In questa posizione rigida rimane a lungo con gli occhi chiusi e riesce anche a dormire. E' stato ricoverato perché dice che non va di corpo da alcune settimane. Ho letto sulla cartella clinica che negli ultimi anni è già stato ricoverato altre volte per lo stesso motivo. Naturalmente, quando diceva di essere così ostinatamente stitico, tutti si allarmavano e veniva ricoverato in un reparto chirurgico per occlusione intestinale. Poi si capiva che era un fatto psichico e così questa volta è stato ricoverato da noi in neurologia.

Egli si rifiuta di prendere qualsiasi medicina e si nutre anche pochissimo dicendo che, poiché non va di corpo, non deve introdurre nulla. Oggi mi ha detto: "Ho un bisogno estremo di andare di corpo, ma la diarrea mi fa paura".

Ieri gli ho fatto un clistere, ma egli mi dice che è "chiuso sia davanti che di dietro" e che "non è uscito nemmeno il liquido che è entrato". Gli domando perché la diarrea gli fa paura, perché resiste così ostinatamente alla tensione addominale provocata dal clistere (che pure deve essere piuttosto dolorosa) invece di scaricarsi. Mi dice che non vuole sporcarsi le mutande, perché non ha da cambiarsi; mutande di lana come le ha lui non se ne trovano più; parlerebbe per ore delle sue mutande.

8.7.1974

Sono polarizzato da Alessandro. Calvi l'ha interrogato ancora lungamente ed io ho assistito. Bisogna per forza riassumere.

Alessandro non riesce mai a coprirsi la pancia in modo efficace, nessuna pancera o maglia gli basta e quindi ha sempre mal di pancia. Per lui, andar di corpo normalmente è un'esperienza da tempo sconosciuta; o è stitico oppure ha diarrea; sempre a causa di "colpi di freddo".

Inoltre ha uno "sfogo" sulla pelle, è tutto pieno di croste (in realtà ha una pelle normalissima), per cui vorrebbe fare bagni di zolfo.

Ha le emorroidi, che vengono fuori con un dolore tremendo, anzi ha "un pezzo di intestino marcio". Ha un "buco": tra lo stomaco e la pancia ha un buco. Qualcuno gli ha detto che ha dei diverticoli intestinali e lui è certo che sono pieni di pus, di feci.

10.7.1974

Calvi si interessa sempre ad Alessandro. Oggi me ne ha parlato ed io ho registrato: "Mi sono avvicinato al suo letto il primo giorno che era ricoverato ed egli mi ha detto subito con espressione ansiosa che lo lasciavano abbandonato in mezzo allo sterco, mentre invece non si sentiva alcuna puzza; anche gli infermieri hanno confermato che era stato accompagnato al gabinetto e che non aveva sporcato il letto. Ho visto venire a trovarlo alcune volte la sua governante. Se ne sta seduta vicina al letto e lui non conversa affatto con lei; anche con gli altri malati ha poca o nulla comunicazione.

Alessandro è clinicamente un depresso, anzi un grave melancolico. Tutte le sue sofferenze consistono in preoccupazioni corporali, ciò che è la caratteristica fondamentale dell'ipocondria.

Questi malati finiscono col non avere altro pensiero che quello di scaricarsi. Il loro problema dominante è il transito intestinale delle feci, che percepiscono seguono e descrivono spesso in modo più o meno pittoresco, sempre significativo di uno stato di angoscia.

Un malato di questi può essere paragonato ad un tubo, nel senso che il suo tubo digerente diventa il punto di riferimento di una vera e propria metamorfosi, che finisce per investire tutta quanta la persona: il tubo digerente non si lascia conoscere - in

condizioni normali - che attraverso il suo prodotto, le feci. Ad una prima fase della metamorfosi esso viene individuato, come il luogo di formazione e di transito delle feci, come un luogo per altro “interno”, senza ulteriori specificazioni. E’ quanto avviene nel caso di una enterocolite, acuta, nella quale i borborigmi, i dolori, la tensione ed i gas richiamano l’attenzione su un processo più o meno penoso. Ad una seconda fase di metamorfosi, l’“interno” si specifica secondo la forma appunto del tubo, laddove gli spasmi dolorosi lo circoscrivono, ne delimitano i confini verso la cavità che lo accoglie, e soprattutto verso la parete addominale, come avviene nella colite spastica. Ad una metamorfosi successiva il tubo si allunga e si dilata, sconfina metafisicamente nel suo ambito anatomico o meglio è il resto del corpo che gli si raggrinza attorno, in uno stato di coartazione esistenziale. Da una metamorfosi all’altra ciò che si modifica è il rapporto di trasparenza-opacità tra il tubo digerente ed il corpo che lo accoglie. Aumenta a grado a grado l’opacità del tubo digerente, in una transizione che ho voluto esemplificare apposta ricorrendo sia alla medicina interna che alla psichiatria perché risulti meglio la continuità tra le condizioni cosiddette anatomofunzionali e quelle psicosomatiche, in un unico viraggio situazionale del corpo personale. Si modifica pure, a grado a grado, la trasparenza del Leib, in un aumento della sua ricettività fenomenica, fintanto che appunto esso lascia tutto il posto al tubo digerente, cioè questo si fa così opaco da obliterare il corpo.

Il medico che bada al tubo digerente - così come ad un’altra parte del corpo - dandogli tanto rilievo da sviscerarlo dal resto del corpo, gli conferisce appunto opacità, perché il suo sguardo trafigge ed elimina l’alone trasparente del corpo e si ferma soltanto là dove incontra qualcosa che si lasci gravare di contenuti e cioè opacizzare.

“Lavorava sull’organismo umano come uno stagnino che lavora sulle fognature”<sup>(7)</sup>.

L’ipocondriaco naturalmente va molto al di là dell’opacizzazione proposta dal medico organicista e si offre ridotto appunto ad un tubo digerente. Nel caso di Alessandro, assistiamo probabilmente ad una fase ulteriore della metamorfosi. Egli non è più un tubo di transito bensì un vaso che è sempre sul punto di traboccare.

---

(7) Miller H.-Tropico del Capricorno, Feltrinelli, Milano, 1967, pag. 47.

Egli teme la diarrea che starebbe ad indicare che il vaso trabocca; resta a lungo con tutto il corpo contratto come se, rilasciandosi, le pareti del vaso non avessero più tenuta; il vaso si è sporcato in modo irrimediabile e difatti la pelle è piena di “sfoghi, ecc.”.

9.7.11974

A mezzanotte Alessandro mi chiede un vaso da notte; gli porto prima un pappagallo, che rifiuta; lo invito ad andare al W.C., accompagnandolo, ma si rifiuta chiedendo insistentemente un vaso da notte; glielo porto ma non lo usa; contento mi ringrazia.

Ore 1: non dorme, ha gli occhi sbarrati e fissa in continuazione il vaso da notte.

Penso a tutto ciò che mi ha detto ieri Calvi, come una suggestione metaforica, che resta nello sfondo. Ora mi viene in mente soltanto S. Paolo, là dove dice: “o uomo, chi sei tu che pretendi discutere con Dio? Forse che l’oggetto plasmato dirà al proprio artefice: Perché mi hai fatto così? Il vasaio non è egli padrone della propria argilla in modo da modellare dalla stessa pasta un vaso di pregio e uno ordinario?”<sup>(8)</sup>.

12.7.1974

Oggi, mentre lo pulivo, un malato ha cominciato a defecare, ed io lì a guardarlo evitando che le feci sporcassero le piaghe da decubito. Rimasi per così dire senza sapermi dare un senso attuale, non sapevo se andarmene o restare, mi chiedevo che cosa volesse dire il mio esser lì, se fosse un atto patologico, naturale od eroico; cercavo scuse per star lì, mentre mi veniva voglia di andarmene, non sapevo se fosse per un suo pudore o per il mio pudore; mi sembrava che guardare avesse un qualcosa di animalesco e fosse al tempo stesso profondamente pietoso, verso l’animalità di quell’uomo ridotto così; sentivo insieme un odio per quella persona ed un grande senso di tenerezza; tentavo di giustificarmi razionalizzando al massimo il mio essere lì; e nello stesso tempo avevo presente la vergogna dell’evacuazione acquisita dall’educazione e dalle consuetudini.

Tutti questi pensieri e sentimenti si intrecciavano dentro di me, e mi sentivo così un niente, un incapace a decidere, tanto da provare un angoscioso senso di scoramento;

---

(8) Romani, 9,20-21.

sentivo di non essere più me stesso perché non avevo saputo cosa fare; mi sembrava così inumano quel mio stare lì a guardare, quel dover star lì, mi sembrava che a nessuno poteva esser capitata la stessa cosa, che ero io il primo, e sentivo tutto il peso e l'obbrobrio di una simile situazione.

Cercavo di cogliere la naturalità dell'atto della defecazione, ma non riuscivo ugualmente a cogliere il significato del mio esser lì! E non potevo neanche andarmene, quasi che ogni attimo in più che avessi lasciato lui nello sterco mi pesasse sulla coscienza. Volevo fuggire da quell'ammasso di sterco, di carne marcia, di sangue, ma non riuscivo a lasciare quel povero uomo, incapace di controllare i suoi sfinteri. Grande è a volte il desiderio di "por fine allo strazio e alle mille naturali fatture che la carne eredita nascendo"<sup>9)</sup>.

13.7.1974

Ho partecipato brevemente a Calvi la mia fortissima emozione di ieri ed egli è rimasto soprattutto colpito da due elementi; l'impressione che il mio assistere fosse una manifestazione animalesca e l'impossibilità di staccarmene. In definitiva, di che cosa si è trattato? Di assistere alla fuoriuscita dall'ano delle feci.

Una cosa molto banale, salvo che non la si vede spesso con i propri occhi; ma soprattutto bisogna pensare che io ieri l'abbia vista come una cosa sorprendente, come una vera e propria scoperta, con lo stato d'animo cioè di sospensione di ogni giudizio preliminare di accettazione fisiologica ed antropologica, cioè in istato di epoché.

Del momento epochizzante, secondo Calvi, la situazione da me vissuta aveva tutte le caratteristiche: ho avuto l'impressione di essere il primo uomo cui capitasse questo, cioè di fare una scoperta; ciò significa che io non ho "visto", nel senso comune della parola, un atto di defecazione, ma ne ho avuto l'apparizione improvvisa tanto è vero che non l'ho "visto" da uomo, ma ne ho avuto una percezione primitiva, che mi ha fatto sentire a livello animalesco; non ho "visto" defecare un uomo, ma ho avuto la rivelazione che l'uomo defeca.

Tanto è vero che la mia Stimmung era incerta, fortemente tesa tra i poli opposti della pietà e dell'obbrobrio; tanto è vero che io ho avuto un momento di angoscia, cioè di

---

9) Amleto, atto 3°, scena 1°

perdita del mio senso attuale, di sospensione esistenziale, forse addirittura di vuoto ontologico; tanto è vero che l'uomo stesso che defecava mi si è offuscato nella sua identità umana e mi è apparsa la sua nascosta animalità (defecava come un animale, forse è un animale); tanto è vero infine che la scena mi ha inchiodato, mi ha veramente affascinato, così come accade appunto davanti alle apparizioni.

Al di là della defecazione, dice Calvi, bisogna, individuare una metamorfosi.

La metamorfosi sorprende ed affascina, attira e ripugna. La metamorfosi è adombrata esplicitamente nell'ambiguità uomo-animale, ma al di sotto di questa si può forse rintracciarne una implicita, ma assai più misteriosa e conturbante: la trasformazione del corpo in feci. In quel momento (momento epochizzante), quel malato, forse perché lo stavo pulendo e quindi avevo con lui un rapporto interpersonale autentico, quel malato dunque era sotto le mie mani ed i miei occhi come un corpo vivo, personale, relazionale (Leib).

L'improvvisa defecazione ha svelato l'emergenza in lui della carne, la subitanea metamorfosi del corpo personale in corpo anonimo, impersonale, irrelazionale. Io ho assistito al transito da una regione dell'essere ad un'altra regione dell'essere; ho assistito ad una metamorfosi ontologica ed il mio turbamento testimonia la profondità della mia esperienza.

“Hai avuto una vera e propria visione eidetica”, conclude Calvi, “ciò che è indispensabile per muoversi sul terreno della fenomenologia husserliana, capirne i momenti, apprezzarne gli strumenti conoscitivi.”

---

15.7.1974

Mi diventa sempre più difficile avere a che fare col n. 13: in fondo lui a me non dà niente; è un'amara constatazione: egli sa soltanto chiedere! E terribile: non una lode, non un sorriso, non un grazie, non una caramella, non un pensiero, un colloquio, nulla!

Chiede solo pazienza, favori anche illogici (oggi ho dovuto imboccarlo); chiede in continuazione, ma non dà nulla. E questo ha provocato in me, adagio, adagio, un senso di rifiuto, quest'uomo non ha nulla a che fare con me, mi sfrutta usando ricatti anche banali. Dietro quest'uomo c'è tutta una vita di lavoro e per fare più bella la casa ha lavorato tutta l'estate; ora è così: dalla vita ha cercato solo di avere, non ha mai goduto, mai dato ed ora chiede solo e non dà.

Se è vero che l'infermiere è un debole, a maggior ragione egli ha bisogno di ricevere; d'accordo, può bastargli un sorriso o può pretendere una mancia; ha però bisogno che l'altro entri in rapporto con lui, altrimenti diventa un oggetto e magari un oggetto repellente.

Questa mattina ho avuto un attimo di paura; togliendo il catetere all'11 è uscito molto sangue; non sapevo che fare: ho dubitato di non essere un buon infermiere; poi ho scoperto che prima aveva tentato di toglierlo da solo; certo che la conoscenza tecnica deve essere ben radicata in un infermiere, perché una parte dell'autostima, della sicurezza interiore è basata anche su questo.

Purtroppo l'infermiere si fossilizza nel suo lavoro di reparto con molta facilità e dimentica le altre tecniche, che possono divenire necessarie in qualsiasi momento e per qualsiasi evenienza. Abbiamo bisogno di una più intensa esperienza iniziale e di una solida preparazione tecnica; non possiamo permetterci di andare in crisi per queste cose.

In fondo però la tecnica è un'acquisizione pratica e non teorica per noi infermieri e questo in qualche modo impoverisce la nostra elasticità mentale.

Il n. 13 si lamenta perché di notte nessuno fa il giro tranne me. Questo mi meraviglia molto. Che fanno di notte? A volte mi sento così diverso dagli altri: o forse in me è il desiderio di possedere la situazione o l'angoscia che possa accadere qualche cosa (non sarebbe la prima volta che capita di trovare un morto al mattino) o la paura di qualche grana o semplicemente il desiderio che tutto sia tranquillo per studiare in pace un'ora di seguito? Forse tutte queste cose e altre.

Ma gli altri se ne fregano di tutto? Una coscienza sensibile è un insieme di diverse istanze; forse la nostra coscienza è talmente bombardata da diverse istanze che non riesce più a recepirle tutte e le seleziona secondo la situazioni in cui si trova. L'infermiere ha certo una coscienza sensibile, ma molto precaria.

Stiamo assistendo ad una fuga di infermieri dall'Ospedale di Lecco verso altri ospedali dove si possa passare di grado o verso altri centri di medicina e assistenza sanitaria. Abbiamo una fuga verso il lavoro a "mani pulite", e sono proprio i migliori. Nella propaganda si esalta il lavoro tecnico dell'infermiere; si fanno discorsi sociali, preventivi ed è bene; però tra un pò di questo passo, andranno a pulire culi i subnormali, quelli delle scuole speciali, o faremo la tratta dei negri e dei meridionali;

stare col malato effettivamente è dura. Abbiamo proprio bisogno di una ricerca sull'infermiere come uomo: dobbiamo scoprire le sue più risposte intenzionalità...

20.7.1974

Colloquio con Calvi.

C.- Il tuo diario prende spesso una piega pessimistica e ciò mi sembra corrispondere alle riflessioni che si fanno da varie parti sulla "medicina inutile" e sull'esistenza di una grande quantità di malattie fabbricate dalla società. Potresti fare qualche riflessione sul fatto che, a contatto col malato, il medico e l'infermiere svolgono un lavoro largamente inutile?

P.- Ciò in parte è vero, specie per noi infermieri data la scarsa incidenza che abbiamo sul malato; tenendo presente che è proprio la medicina come fattore materiale che è largamente inutile e che noi infermieri siamo legati proprio a questo fattore materiale, penso che queste riflessioni possano metterci profondamente in crisi. In questi ultimi tempi, da quando scrivo il diario, mi rendo conto che sbagliamo molte cose, specie nel rapporto col malato. D'altra parte, chissà se gli infermieri si lasceranno mettere in crisi, accettando l'idea che essi distribuiscono per lo più medicine inutili oppure se rifiuteranno quest'idea seguendo i medici, che certamente la rifiutano in massa?

C.- La tua risposta sta dando fondo al pessimismo, soprattutto là dove dici che gli infermieri potrebbero essere colpiti dalla crisi ancor più dei medici; ora mi domando se sia vera questa discriminazione e se sia vera a sfavore degli infermieri.

Nel corso del tuo diario, hai portato ripetutamente l'attenzione sulla partecipazione fisica della tua persona al tuo lavoro, tanto che il tuo diario potrebbe essere definito una riflessione corporale sull'aspetto relazione del tuo mestiere. Questo tipo di riflessione suggerisce un sintetico excursus storico. Nella storia della cultura occidentale noi sappiamo individuare con una certa precisione un momento particolare, che rappresenta un vero e proprio spartiacque: l'avvento di Socrate.

L'avvento di Socrate è indicato da moltissimi autori come quel momento in cui il fattore discorsivo, il linguaggio, viene inserito come dimensione fondamentale nel rapporto umano, laddove in precedenza i rapporti erano in prevalenza intuitivi e corporali. Il rapporto dell'infermiere con il malato ha precisamente queste caratteristiche: di essere un rapporto largamente prediscorsivo.

La tua partecipazione viva alla cultura si presenta come un fatto eccezionale, ma noi dobbiamo mettere in evidenza, per contrasto, quella che invece è la situazione di massa degli infermieri.

Il conforto che porta l'infermiere non è affidato alle parole, ma è affidato ai gesti: l'infermiere concretamente tocca il malato, lo lava, lo accudisce, lo imbecca, ecc., compie sulla sua persona ogni sorta di operazioni. Intercorre tra infermiere e malato un rapporto culturale presocratico su cui vale la pena di soffermarsi. Mi vien voglia in questo momento di saltare ogni premessa, ogni passaggio, tutto quello che dovrebbe dare un corpo dottrinario alla nostra discussione, per arrivare ad una conclusione: l'infermiere ha bisogno fondamentalmente di una educazione corporale per offrire al malato quanto c'è di meglio sul piano corporale, cioè l'infermiere non deve progredire tanto sul piano della conoscenza teorica dell'anatomia e della fisiologia, ma deve progredire nella propria maturità corporale; deve intervenire sul malato non tanto grazie ad un accumulo di nozioni teoriche su questa o su quella malattia quanto mediante una vivificazione continua delle proprie prestazioni corporali, nel senso che ogni suo gesto abbia un significato nello stesso tempo funzionale ed intenzionale, una portata pratica e relazionale. In parole povere, all'infermiere si dovrebbe chiedere non tanto un accrescimento di cultura nel senso libresco della parola, quanto un accrescimento di cultura corporale, anche se questo è un concetto che deve essere ancora largamente chiarito. Cosa possiamo intendere provvisoriamente per cultura corporale: la ginnastica, il maquillage, il vestirsi, il portamento, ecc., tutto questo è indubbiamente cultura corporale, ma non è tutto.

Presumibilmente, sotto il camice del buon infermiere ci dovrebbe stare innanzitutto non un individuo, reso singolo dall'anagrafe, ma anonimo nel suo mestiere, bensì una persona, calata nel suo mestiere come il luogo di manifestazione piena delle sue qualità; questa persona dovrebbe tendere continuamente ad una maturazione ulteriore, sul piano fisico e metafisico, nel senso che il suo corpo accolga in ogni sua piega slanci, entusiasmi, tensioni, aspirazioni al perfezionamento.

L'aspirazione fondamentale dovrebbe essere quella di avere un corpo (anzi, di essere un corpo) pienamente espressivo, secondo una visuale finalistica, che potrà magari peccare di astrattezza ma che può essere resa sul piano metaforico dicendo che si deve tendere ad un corpo pienamente risolto nell'espressività, cioè perfetto.

E' giusto avere qualche diffidenza verso vocaboli e giri di frasi assolutistici; è giusto anzi opporvi una certa ironia; quella medesima ironia che è poi tutt'uno con l'epoché fenomenologica e che deve invitare a spingersi avanti ed a cozzare contro la "perfezione", l' "assoluto", la "pienezza", per poi tornare indietro in una continua tensione di ricerca.

La riflessione corporale che tu stai conducendo col tuo diario è una riflessione fenomenologica in quanto è tesa a scoprire le dimensioni ed i modi di offrirsi del corpo, efficaci in senso relazionale ed esistenziale; essa mette in crisi qualsiasi modo di essere che non sia un modo di essere relazionale, cioè un modo di essere nell'amore. Ed è una riflessione psicologica, poiché deve necessariamente dare coscienza di tutto questo a chi se ne pone il problema. Anticipiamo a titolo d'ipotesi che, nei confronti del malato, non tanto è importante ciò che si fa, quanto ciò che si è, la supremazia dell'essere sul fare, dell'esistenziale sull'economico.

P.- Mi viene in mente il 13, che ha messo in crisi un pò tutti gli infermieri; già nel mio diario avevo messo in evidenza i sentimenti di rifiuto che suscitava in noi con la sua profonda apatia, col suo non partecipare alla nostra vita, ecc..

Ieri mattina l'ho preso, l'ho lavato tutto, medicato ecc...., cose che da mesi nessuno faceva così, accuratamente; finalmente ha avuto un'espressione di felicità, durata pochissimo perché è precipitato subito in quello stato di relax proprio di chi si sente "rimesso a nuovo".

E' stato questo contatto corporeo intenso che ha prodotto un momento, seppure breve, di felicità. Noi tutti aspettavamo che se ne andasse perché il suo corpo puzzava, perché continuamente dovevamo prestare delle cure che ci richiedevano uno sforzo. E' un uomo che non è capace di fare più niente. Noi vorremmo che i malati fossero "gente sana", che s'arrangiassero nei loro bisogni, ecc....; invece abbiamo a che fare con corpi marci, putridi che ci defecano fra le mani cose che ci urtano. Il n. 8 per esempio, quello che diceva di essere una carretta, una radio rotta, anche lui era bisognoso di tutto, però era lui che ci chiamava per parlarci, voleva che stessimo lì, piangeva quando doveva chiedere qualcosa di cui avrebbe volentieri fatto a meno... il suo corpo passava un pò in seconda linea... Quando invece il corpo diventa un assoluto, allora per me c'è il rifiuto: noi non possiamo accettare solo il corpo.

C.- A questo punto devi chiarire a te stesso che la salute del corpo del malato si commisura alla salute del tuo corpo; tanto ti è ripugnante il corpo del malato quanto tu sei ben messo... Qual è la nozione vera di “corpo” alla quale noi ci stiamo avvicinando? Noi ora abbiamo presenti dei casi in cui si manifesta il disfacimento anatomico del corpo, però dobbiamo aver presenti anche quei casi in cui non esiste un visibile e tangibile disfacimento anatomico, ma c'è un'ostensione della sofferenza; noi abbiamo a che fare con nevrastenici, isterici, depressi i quali continuamente ci richiamano alla sofferenza di un viscere oppure dell'altro, della testa, del torace, ecc..., senza che ci sia tangibilmente qualche cosa. Dobbiamo quindi prendere in considerazione anche la sofferenza di colui che non ci è ripugnante ai sensi; di quale ripugnanza si tratta?

Dobbiamo vedere se abbiamo a che fare con due corpi diversi: uno malato anatomicamente ed uno non malato anatomicamente; dobbiamo vedere se la ripugnanza nei due casi è la stessa oppure è differente; dobbiamo cercare di distinguere tutto questo perché ci capita quotidianamente di passare dal letto di chi ha una distruzione anatomica al letto accanto in cui il malato è integro, ma elenca una serie infinita, noiosa, snervante di distruzioni interiori, soggettive. Quale atteggiamento possiamo costruire di fronte a questo stato di cose, quale particolare ginnastica della nostra volontà può permetterci di aderire efficacemente a questa situazione ed all'altra? Abbiamo a che fare con lo stesso corpo o con due corpi diversi?

P.- Io penso che il corpo è sempre quello e che è diverso il nostro modo di percepirlo nel senso che, mentre il corpo in disfacimento anatomico colpisce i nostri sensi e suscita anche reazioni fisiche come ad es. conati di vomito, e l'accostamento diventa difficile, nell'altro la percezione è di tipo sociale in quanto siamo abituati a dire che “quello” è uno che ipervaluta le cose che non ha, per cui esercitiamo verso di lui un rifiuto sotto forma di stanchezza, di noia, ecc.... Si tratta quindi di due percezioni diverse, una sensitiva, l'altra sociale. Anch'io che studio psicologia e che so che dentro di loro i malati soffrono, anch'io provo la tentazione di mandarli al diavolo...

Il malato fisicamente ripugnante suscita un senso di paura, di timore: “potrebbe capitare a me di contrarre una malattia del genere” (ieri un'infermiera non voleva che la toccassi dopo che avevo pulito il 13, quasi io fossi infetto, pieno di microbi, ecc.). Il malato “noioso” invece ingenera la paura di cadere nella stessa pedanteria, nella stessa lamentosità e quindi di poter essere rifuggito dagli altri. In entrambi i casi agisce

evidentemente un meccanismo d'identificazione giacché in entrambi i casi non vorremmo “diventare così”.

C.- Mi sembra facile mettere in evidenza che la paura dell'identificazione col malato viene affrontata col desiderio che il malato non resti troppo a lungo in reparto e se ne vada. Ciò significa che l'infermiere né si abitua al malato né gli si affeziona. Si potrebbe pensare che l'infermiere desideri continuare a curare per mesi lo stesso malato, anziché lavorare assai di più, per affrontare continuamente nuovi malati; l'infermiere auspica, si direbbe, un facile e pronto rinnovo dei malati, che gli chiede un più intenso lavoro manuale, piuttosto che assuefarsi agli stessi malati, che pure gli costerebbero meno fatica, venendo a conoscerne abitudini, necessità, ecc..

Osserviamo in primo luogo che stiamo riscoprendo nientemeno che la dottrina del distacco affettivo, con la prospettiva di approfondirla e di comprenderla maggiormente. Se l'infermiere desidera non lasciare che si stabilisca un rapporto affettivo o quanto meno una situazione relazionale col malato, si può pensare che lo stabilirsi di una relazione personale susciti in lui un senso di colpa, come se questa relazione si svolgesse nell'ambito sessuale.

P.- Questa ipotesi mi sembra molto strana.

C.- Eppure molto strana non è o meglio non sarebbe se, anziché di sessualità avessi parlato di sadomasochismo. Tu cosa puoi dire a questo proposito? So che ci sono già degli appunti nel tuo diario, delle riflessioni su questo argomento. Che significato ti sembra possano avere le tue riflessioni in questo momento?

Innanzitutto devi dire se, di fronte a questa ipotesi, senti animarti interiormente un atteggiamento di difesa.

P.- In parte sì!

C.- Questo è naturale.

P.- Un infermiere che non conosce il problema direbbe no, non è vero. Ci sono anche delle persone che si avrebbe il piacere di tenere a lungo in reparto; ad es. il n. 8: avevo stabilito con lui un rapporto che avrei desiderato continuare. Di fronte ad altri il rapporto è indifferente: gente che non stanca, non disturba... Ma ci sono indubbiamente delle presenze che sembrano fatte apposta per metterti in uno stato d'animo sospeso, di non passività, di non accettazione cieca della realtà. Ci sono dei malati di fronte ai quali non puoi non porti il problema di scegliere, di affrontare una realtà rifiutata. A volte noi

praticiamo terapie dolorose, a volte invece rilassanti, come i bendaggi per esempio; ed io preferisco questo tipo di contatto, che ha un che di tenerezza, al contatto violento rappresentato da un'iniezione.

C.- Si potrebbe arrivare alla conclusione che tu non hai la vocazione dell'infermiere, mentre invece a noi interessa utilizzare la tua testimonianza personale, per giungere ad una configurazione standard dell'infermiere.

In questa figura standard si direbbe di poter individuare il masochismo nel fatto che l'infermiere si vota ad una mansione fisicamente sgradevole, cioè cimenta quotidianamente i propri sensi con dei corpi degradati, puzzolenti, sporchi, piagati, oppure noiosi, pesanti... Bisogna cercare di capire qual è la dimensione, la realtà, l'incidenza, il significato di questo masochismo e quale possa essere l'utilità di una presa di coscienza di esso oppure se al contrario è auspicabile che gli infermieri continuino ad essere tali senza rendersi conto minimamente del loro masochismo.

P.- Non saprei come configurare questo rapporto masochistico...

C.- Il rapporto masochistico è universale, non è eccezionale; qualsiasi prestatore d'opera è in rapporto masochistico rispetto al suo datore di lavoro e sai benissimo che attraverso i momenti della rivendicazione sindacale, del mugugno, ecc..., gode della reversibilità, cioè trasforma il suo masochismo in sadismo verso il datore di lavoro; basta vedere la storia degli ultimi anni, gli scioperi selvaggi ed altre manifestazioni sadiche. Che i rapporti tra prestatori d'opera e datori di lavoro siano di questo tipo non è una novità per nessuno, si tratta della tradizione in termini freudiani di un assunto marxista.

Nel nostro caso, bisogna tener presente che non è abituale da parte dell'infermiere riconoscere il suo datore di lavoro non nell'amministrazione, ma nel malato. Se insistiamo sul rapporto corporale intercorrente tra infermiere e malato è anche perché il carattere personale di questo rapporto si giustifica soltanto in termini di servizio reso ad un corpo che ne ha diritto personalmente, laddove nessuno può avere il diritto di imporre di compiere su altri lo stesso servizio. In parole povere: tu puoi pulire il culo ad un uomo se è il tuo datore di lavoro, ma se il tuo datore di lavoro ti dice di pulire il culo ad un uomo sono sicuro che tu: o ti rifiuteresti di farlo oppure cercheresti di scaricarti su di un altro oppure cominceresti a domandarti se non si possono pulire i culi a macchina e intanto ometteresti talvolta di farlo e comunque lo faresti mal

volentieri.

Riconoscere che l'infermiere agisce sul malato sul piano propriamente corporale, significa anche valorizzare i diritti del malato e significa valorizzare anche l'infermiere nella sua professionalità.

P.- Questo è più facile per voi medici in quanto siete già abituati a vedere il malato come datore di lavoro, perché avete uno studio privato, e quindi avete questo tipo di rapporto.

C.- Sì, è giusto. Il medico può più spontaneamente mettersi in questo ordine di idee, può, malgrado tutta la burocratizzazione portata dall'apparato mutualistico e dalle gerarchie ospedaliere, conservare nei confronti del singolo malato di corsia un atteggiamento quale ha verso i suoi cosiddetti malati privati.

P.- Ricordo di aver annotato nel diario che noi siamo sindacalmente deboli.

C.- Può darsi appunto che siate sindacalmente deboli, perché vi muovete in una dialettica ambigua, dove il ruolo di datore di lavoro non è chiaro se appartenga al malato oppure all'amministrazione.

P.- D'altra parte, nei confronti dell'amministrazione la contropartita sadica è quella abituale: scioperi e proteste, mentre nei confronti del malato c'è la possibilità istituzionale di bucarlo con le iniezioni ed inoltre quella istituzionale di maltrattarlo in vari modi e di trascurarlo. Quindi anche gli infermieri sembrerebbero rientrare nel medesimo schema, che riguarda tutti i lavoratori. Vorrei però fare un'altra osservazione. Parlando con altra gente, capita spesso di sentir dire che il nostro mestiere non lo farebbero neanche pagati a peso d'oro; ma perché l'operaio accetta lavori molto pesanti, che certamente richiedono uno sforzo fisico molto superiore a quello dell'infermiere? E perché ci sono degli infermieri che cercano di scansare i lavori più rifiutati e comunque cercano subito di dimenticare tutto appena fuori dall'ospedale, ed altri invece i problemi, il lavoro lo prendono a cuore? Cosa siamo allora, dei perversi? dei nevrotici?

C.- Il problema non è quello di arrivare a delle diagnosi definitive, perché sappiamo che in qualsiasi ambiente la tematica sadomasochista esiste ed a noi compete se mai configurarne la specifica evidenza nel nostro caso particolare. Si potrebbe parlare anche del sadomasochismo dei medici, di quello degli educatori; quest'ultimo ad esempio, è stato studiato a fondo; la storia della pedagogia è in contropunto la storia del sadomasochismo: queste non sono scoperte.

Noi cerchiamo di vedere quali sono le dimensioni possibili di un migliore infermiere, cioè noi cerchiamo di accedere alla sfera trascendentale, come la chiama Husserl, cioè alla sfera della costituzione. Cerchiamo cioè di scoprire attraverso quali assunzioni di significato si costituisce una più umana e compiuta figura di infermiere. La riflessione che i pedagogisti fanno sul proprio sadomasochismo li porta ad essere dei migliori educatori, e quindi lo stesso può dirsi per la professione infermieristica.

P.- Penso che si possa ampliare il discorso sulle perversioni notando una certa percentuale di omosessualità tra gli infermieri, nonché la possibilità di soddisfare le proprie tendenze voyeuristiche.

C.- Certo!

P.- E poi c'è un'altra considerazione da fare: l'infermiere è portato a sfuggire le proprie responsabilità in quanto deve delegarne una parte al malato; se io devo fare un'iniezione, il malato deve fare anche lui qualcosa, deve mettersi in determinate posizioni contrarre o rilasciare i muscoli, quindi diventa lui stesso attivo ed il mio lavoro non è tutto mio.

Il nostro è un lavoro in cui due volontà intervengono contemporaneamente: l'operaio invece fa e disfa tutto il lavoro e ne è l'unico responsabile. Quindi la nostra responsabilità è sempre divisa con un altro per cui si dimezza anche la nostra personalità, siamo cioè in una situazione in cui non possiamo mai dire "questo l'ho fatto io". Questo discorso mostra come mai noi infermieri siamo portati a dire a noi stessi: non sei capace di essere un uomo, hai bisogno sempre di un altro che ti aiuti a decidere, hai bisogno continuamente di un confronto... C'è bisogno anche della gratificazione: abbiamo bisogno che il malato ci dica: "bravo, non ho sentito niente, non mi hai fatto male"; al contrario, restiamo contrariati se ci sentiamo dire: "mi hai fatto male" ed allora subito in noi si manifesta un meccanismo autopunitivo: non sei un buon infermiere.

C.- Tutte queste considerazioni sembrerebbero ricondurre una volta di più alla constatazione che l'infermiere fa una scelta relazionale, che abbraccia un mestiere nel quale è continuamente verificata l'intersoggettività.

E' interessante che tu abbia individuato il momento in cui l'infermiere divide col malato la sua responsabilità. Tu ti disponi a fare l'iniezione, il malato si dispone a riceverla, e così dicasi per ogni altra prestazione che tu compi sul malato. Sarebbe presto fatto un inventario delle "posizioni" corporali, intersoggettive, che si realizzano

quotidianamente nell'attività assistenziale. Dopo i classici repertori delle "posizioni" erotiche, ecco un'altra sfera nella quale disporre le variazioni di questa particolare intersoggettività. E' una sfera tutta pratica, dove anzi l'immediata fisicità rischia di occultare le visioni eidetiche, che ne potrebbero scaturire. Inutile sottolineare suppongo con quale e quanta ironia ( cioè epoché trascendentale) si deve affrontare questa tematica delle "posizioni". Il fatto comunque che tu individui in questi momenti una divisione di responsabilità vuol dire che si tratta di momenti in cui il senso di colpa è grande, così grande da non essere sostenibile dall'infermiere da solo.

Prendiamo in considerazione un'altra situazione tipica e cioè quella psicoterapeutica. Ivi il rapporto è tutto sul piano verbale ed alle più forti tensioni affettive è concesso soltanto di consumarsi nel silenzio e non sul piano fisico. Il coinvolgimento emotivo pone di momento in momento allo psicoterapeuta un problema di distanza interpersonale e si capisce benissimo che anche all'infermiere incombe di momento in momento un problema dal tutto simile, da risolvere per altro sul piano corporale.

P.- Si direbbe anzi che sia un problema da risolvere sul piano sessuale.

C.- Sarà bene tentare un chiarimento a questo proposito. Tu hai individuato la situazione dell'infermiere che fa l'iniezione e del malato che la subisce. Questa è una figura corporale che possiamo chiamare posizione. Immagina di passare in rassegna tutte le posizioni erotiche, tutte le posizioni sadomasochistiche, tutte le posizioni riguardanti il rapporto infermiere-malato. Non avrai difficoltà a riconoscere che tutte quante possono essere ordinate lungo una medesima serie entro la quale si finisce col ricostruire la distinzione di partenza soltanto grazie a criteri convenzionali. Ciò significa che è possibile un'epoché di queste convenzioni ed allora non ha più senso parlare del sadomasochismo dell'infermiere e non ha più senso neppure parlare del suo erotismo (queste essendo soltanto specificazioni funzionali, cioè specificazioni della funzione aggressivo-difensiva e della funzione sessuale). Avrà senso soltanto riprendere a parlare della sua corporalità e della distanza interpersonale entro cui essa si dispiega.

P.- Effettivamente mi sembra che l'infermiere tragga più luce dal confronto con le posizioni sessuali e con le posizioni sadomasochistiche piuttosto che dal confronto con i momenti psicoterapeutici. Mentre qui si tratta sempre di distanza interpersonale, irreale, o metafisica che dir si voglia, negli altri casi si tratta di distanza geometrica.

C.- Questo è precisamente l'errore nel quale non si deve cadere.

Basta pensare ad una "posizione" qualunque per rendersi conto che essa ha significato relazionale non grazie alla meccanica legata all'incontro geometrico dei corpi, ma grazie all'intenzionalità che dispone l'un per l'altro i due corpi, ciascuno mimando l'altro, cosicché ciascuno ha in sé stesso e l'altro e ciascuno intuisce il rapporto con l'altro come una fusione.

Se noi riflettiamo sulle nostre esperienze sessuali, abbiamo la possibilità di riconoscere che la fusione è una situazione limite in cui vien meno il senso dell'io ed il senso del tu, cosicché ciascuno è soggetto-oggetto in uguale misura. In questa situazione la distanza interpersonale è minima, annullata o quasi, e si ha l'esperienza esaltante della dilatazione esistenziale dell'io nel noi. Su questa esperienza limite (che non è di tutti i giorni), noi possiamo commisurare tutte le situazioni nelle quali il tu ha il ruolo d'oggetto, o quanto meno è più distanziato dall'io di quel che sia nella fusione. Non è difficile rendersi conto che tra l'esperienza limite della fusione nel noi e quella pure limite dell'io che usa il tu come un oggetto inanimato c'è tutta un'infinita possibilità di rapporti, che si distinguono tra loro per il progressivo distanziamento tra l'io ed il tu, per il venir meno in entrambi dello statuto di soggetto-oggetto ed il ricondursi dell'io alla pura soggettività egoistica e del tu alla pura oggettività.

A quest'altro limite, che si oppone alla fusione, siamo nella mondanità, anzi nell'alienazione (in senso sociologico).

A questa stregua, se riprendiamo in considerazione i rapporti, che abbiamo avvicinato in una sola serie in quanto caratterizzati tutti da posizioni corporali (erotici, sadomasochistici, assistenziali), dobbiamo ammettere che non abbiamo alcun criterio per tenerli distinti in tre diversi capitoli ma che si porranno ciascuno più o meno vicini al limite della fusione o a quello dell'alienazione secondo la distanza interpersonale che li caratterizza. Non ha quindi alcun senso dire che una situazione assistenziale è più sadica che erotica oppure che una è più erotica dell'altra e via dicendo. Soltanto ha senso epochizzare la distanza geometrica di ciascuna posizione, epochizzare le valenze "esteriori" (mondane, secondo Husserl) di tipo erotico o sadico e soltanto valutare eideticamente in ogni caso la distanza interpersonale, irreali, metafisica che c'è. La visione eidetica ci ha mostrato che c'è maggiore intimità tra infermiere e malato che tra medico e malato. Questo è ciò che conta e non il domandarsi se e quanto è erotico fare

un clistere o se e quanto è sadico fare un'iniezione. Scoprire il sadomasochismo dietro il rapporto infermiere-malato è pur sempre un'epoché, così come è un'epoché scoprire l'eroticismo che c'è tra il carnefice e la vittima; ma scoprire l'intimità corporale è un'epoché più avanzata perché un rapporto sessuale può essere del tutto oggettivo, alienante, con i partners molto distanti tra loro (uno addirittura in fuga, come avviene nello stupro); un rapporto sadomasochistico è anch'esso, a maggior ragione, per lo più oggettivo; l'intimità corporale invece implica una disponibilità che non può mai abbandonare i partners sul limite dell'alienazione, anche se difficilmente (nella situazione assistenziale) li porterà alla fusione. Basta pensare che l'intimità corporale è prevalentemente affidata alla mano, non ad uno strumento sadico, non ad un organo genitale, e che attraverso la mano si esprime con le più ricche sfumature dell'intenzionalità. Mentre da uno strumento e da un organo l'intenzionalità può (anzi di solito è) tradita, perché la loro struttura grossolana rende difficile sollevarli dalla loro oggettività, la mano accoglie ogni intenzione espressiva che l'io le affida e conferisce espressione al tu che le si affida. Non per nulla la mano è lo strumento della mimèsi. Nella mano si concentra lo sforzo del corpo di tradursi in espressione pura, cioè di rendersi perfetto. "Un semplice gesto della mano può dare il massimo senso della vita, una parola detta con tutto il proprio essere può dare vita. L'attività in sé non significa nulla: è spesso segno di morte"<sup>(10)</sup>.

10.8.1974

Colloquio con Calvi.

Vogliamo fare un tentativo di approfondimento del rapporto che intercorre tra infermiere e malato mediante il metodo della illuminazione reciproca di Dilthey, dove il termine di confronto è rappresentato dal rapporto del medico con il malato. Lo spunto di questa riflessione viene dall'avermi tu comunicato stamattina che avevi visto un malato masturbarsi. Un comportamento di questo tipo, quasi senza eccezione, non viene mai colto dal medico. Se l'infermiere ha l'occasione di osservare cose di questo genere, ciò vuol dire che egli coglie il malato là dove questi usa il suo corpo nel suo versante propriamente umano e personale.

---

(10) Miller H., op. cit., pag. 287.

Il concetto di corpo personale e quello di corpo oggetto, nella fattispecie oggetto delle scienze anatomiche, fisiologiche e cliniche, rispettivamente il Leib ed il Körper della letteratura

tedesca, si offrono in una contrapposizione, la cui necessità e realtà abbiamo già avuto modo di riscontrare in rapporto al problema che ci occupa.

Si direbbe che l'aver l'opportunità di scoprire una persona nell'atto di masturbarsi oppure non averla, caratterizzi due situazioni che sono diverse proprio in quanto nel primo caso, e cioè in quello dell'infermiere, si accede al Leib dell'ammalato, mentre nel secondo caso, e cioè in quello

del medico, si accede al Körper dell'ammalato. Questa distinzione merita di essere approfondita o per lo meno si deve fare un tentativo per approfondirla, perché potrebbe avere delle implicazioni molto vaste, giacché il rapporto dell'infermiere col malato avviene, o per lo meno ha i presupposti perché possa avvenire, con delle possibilità di approccio assai più profonde e significative sul versante antropologico, mentre il medico resterebbe escluso da questo versante propriamente antropologico della persona del malato.

Esiste tutta una tematica che permette di approfondire immediatamente questo differente approccio ed è la tematica che più estensivamente, più comprensivamente, può essere descritta come la tematica degli orifizi.

Tutto ciò che riguarda gli orifizi dell'ammalato cioè la bocca, l'ano ed il meato uretrale, entra nella sua storia e nel suo comportamento con delle caratterizzazioni completamente diverse quando il malato è in rapporto con l'infermiere e quando il malato è in rapporto con il medico. Come medico posso dire che sono stato colpito diverse volte da una circostanza assolutamente banale e cioè questa: quando un malato deve defecare a letto, l'infermiere gli porta la padella, la padella poi viene asportata ed esiste a questo proposito un semplicissimo, ma non per questo forse meno significativo cerimoniale, che consiste nel fatto che la padella viene sottratta allo sguardo del medico, che può incrociare l'infermiere in corridoio oppure al letto del malato proprio nell'atto in cui egli compie questo servizio.

Ora, riflettendo ultimamente su questo particolare, mi sono domandato se esso sia l'espressione d'una manifestazione di rispetto nei confronti del medico, ai sensi del quale viene sottratta una materia disgustosa.

Mi domando però se effettivamente nei diversi ospedali che ho frequentato, a diversi livelli, in epoche diverse, con diversa preparazione del personale infermieristico, sia possibile pensare ad una continuità di comportamento di questo tipo. Può darsi senz'altro che la cosa possa essere vista sotto l'aspetto d'una specie di tradizione la quale si trasmette da un infermiere all'altro, soprattutto col tramite delle suore, e che anche senza essere materia esplicita di insegnamento nei corsi più o meno completi che frequentano gli infermieri, pur tuttavia rappresenta una forma di insegnamento neppure orale ma propriamente comportamentale, basata sulla forza dell'esempio. C'è da domandarsi come mai si trasmetta con tanta solidità e costanza un comportamento di questo tipo, come mai, soprattutto, la progressiva democratizzazione dell'ambiente ospedaliero, intesa spesso come ostentato appiattimento del dislivello di situazione tra medici ed infermieri, non comporti un venir meno di questa tradizione. C'è forse alla base di questo comportamento qualche cosa di più profondo, di più sostanzioso, qualche cosa, alla fine, di più reale che non l'ipotesi del rispetto.

Può darsi che il sottrarre la padella agli occhi del medico testimoni una complicità esistente tra l'infermiere ed il malato, nel senso che l'infermiere stesso intuisce la sua maggiore intimità col malato rispetto al medico.

A questo punto val la pena di far posto ad un breve excursus storico: il progresso che la medicina ha avuto negli ultimi cento anni, con l'introduzione sempre più massiccia e sempre più significativa degli esami di laboratorio, ha indotto un atteggiamento nuovo da parte del medico. In passato, quando gli esami di laboratorio non esistevano, l'ispezione diretta delle feci era, da parte di un medico, un esame d'importanza fondamentale, che egli non si sarebbe mai sognato di omettere. Infatti nei vecchi testi si parla dettagliatamente della consistenza, del colore, dell'odore, ecc...., di tutte le cosiddette caratteristiche sensoriali delle feci.

Queste caratteristiche sono ancora citate per curiosità storica e poi perché effettivamente sono tuttora di rilievo significativo, però le si trova esclusivamente nei testi di laboratorio e comunque rappresentano la parte più macroscopica d'un esame che si completa poi necessariamente e significativamente con gli esami chimici e microscopici.

In parole povere bisogna constatare che l'avvento del laboratorio ha distolto pressochè completamente i medici dall'ispezione delle feci. L'esclusione dell'ispezione

delle feci dal contesto dell'esame clinico non è una cosa poco significativa in quanto il contatto con il malato nell'interessa della sua umanità si configura là dove vengono prese in considerazione anche le sue deiezioni. Questo corpo più o meno malato, ma che comunque interessa il medico in funzione della qualità e dell'integrità delle sue funzioni fisiologiche, orbene questo corpo viene palpato, viene variamente ispezionato, però le sue deiezioni vengono ignorate.

Orbene, il fatto che il medico, con l'avvento delle tecniche di laboratorio, trascuri le deiezioni dell'ammalato, coincide, neanche a farlo apposta, con quella evoluzione specialistica della medicina, che viene continuamente chiamata in causa come il fattore fondamentale della disumanizzazione della medicina, cioè del venir meno in definitiva del rapporto propriamente antropologico col malato.

Se all'infermiere invece compete per necessità di servizio di venire in contatto con le deiezioni dell'ammalato, a lui compete raccogliere quando il malato non può andare al gabinetto, a lui compete raccogliere quando sono necessarie come reperto da inviare in laboratorio, questa competenza si traduce in un'intimità col malato. Quando il malato ha bisogno di assistenza manuale perché è fortemente handicappato sul piano motorio, ecco che bisogna provvedere anche alla sua pulizia ed evidentemente la pulizia relativa all'emissione delle deiezioni è quella a livello più intimo che si possa immaginare.

Quindi è forse a questo livello ed in rapporto a queste considerazioni che è possibile individuare quella che possiamo chiamare provvisoriamente una forma di complicità intercorrente tra malato ed infermiere sulla base di rapporti corporali, che si caratterizzano appunto per essere rivolti alla sfera più intima, ai momenti più intimi della persona. Bisogna anche tener presente che l'infermiere compie tutta una serie di atti in rapporto alla defecazione ed alla minzione, cioè clistere, l'applicazione della sonda e del catetere. Questi atti vengono esercitati pressoché esclusivamente dall'infermiere ed anch'essi, neanche a farlo apposta, appartenevano a suo tempo alla professione medica, tanto è vero che il medico che brandisce il clistere od il catetere fa parte del repertorio parodistico più comune del '600 e del '700, mentre invece adesso il medico che dovesse fare un cateterismo (salvo lo specialista in urologia) sarebbe veramente imbarazzato.

Tutta la tematica relativa alle deiezioni può essere ripresa e continuata con altri esempi a livello della bocca nel senso che tutto quello che riguarda la bocca rientra anch'esso nella sfera di competenza dell'infermiere e viene sottratto alla sfera di

competenza del medico. A livello della bocca i gesti più comuni che può compiere l'infermiere sono quelli di imboccare il malato: è difficile se non impossibile che un medico si metta ad imboccare un malato; però sappiamo benissimo quale sia l'enorme rilevanza psicologica e propriamente terapeutica, che può essere rappresentata da un saltuario intervento del medico che di sua mano imbrocca l'ammalato. Oltre che imboccare l'ammalato, all'infermiere compete accedere all'orifizio orale, per esempio per aspirare catarro, ripulire la bocca dal vomito: queste sono le evenienze più frequenti ed anch'esse aprono una luce particolare sul corpo del malato, così come tutte le evenienze relative alle deiezioni, che mettono in evidenza una realtà fisica dell'ammalato, radicalmente diversa dalla realtà che viene sotto gli occhi del medico.

Come possiamo caratterizzare questa realtà fisica? Noi possiamo prendere spunto da questa particolare tematica, cioè dagli esempi fin qui riportati e da altri ancora, come il fare il bagno, lo stendere unguenti, il fasciare, insomma tutte quelle manualità, che caratterizzano l'attività dell'infermiere, per mettere in evidenza che esse sono quasi tutte a carattere benefico (*bonumfacere*) e non a carattere sadico, come è invece delle poche manualità riservate al medico (la toracentesi, la rachicentesi, la fleboclisi). Nella somministrazione delle medicine l'infermiere ha la possibilità di compiere gesti a valenza sadica come le iniezioni nonché gesti a valenza orale come le medicine per bocca; quindi l'infermiere anche nel momento in cui punge l'ammalato si salva, perché nello stesso momento gli dà anche gocce, compresse, un bicchier d'acqua e quindi consola l'ammalato dall'averlo punto.

Orbene, presa in considerazione tutta questa casistica e quanto altro emerge dal diario, noi possiamo procedere ad una chiarificazione dei concetti di Leib e di Körper del malato.

Come si presenta, cos'è questo corpo? Il corpo personale è un corpo che si declina nell'immediatezza della sua carnalità, che si declina cioè senza aspirazioni di presenza sul piano della venustà, della disinvoltura, della prestanza fisica, dell'agilità, ecc...., cioè da questo corpo sono escluse le istanze più propriamente mondane, vi emergono le istanze più carnali, quelle che mettono in evidenza la fragilità o addirittura la mortalità del corpo. L'evento del malato che non si nutre se non viene imboccato, l'evento del vomito, l'evento della defecazione che non avviene senza clistere oppure, peggio ancora, che è incontrollata, tutte queste manifestazioni della fragilità corporea sono anche

manifestazioni della globalità antropologica. Di questa globalità antropologica, l'infermiere partecipa anche in altre circostanze. Se un malato ad esempio soffre di stitichezza è più facile che egli se ne lamenti con l'infermiere anziché col medico. Se gli spunta un foruncolo sul naso, egli lo dirà subito al medico, giacché sembra più appropriato rivolgere al medico lamentele parcellari, riferite a parti del corpo individuate, isolabili, tali da potersi ostendere in una pretesa oggettività. La stitichezza invece è uno di quei disturbi che coinvolgono tutta la persona nel suo benessere e nel suo umore e quindi essa è veramente un disturbo personale, anche nel senso di privato e quindi di intimo. Ne consegue che l'infermiere riceve confidenze clinicamente assai più preziose di quel che spesso ottenga il medico, tali da fornire aperture autentiche sul versante psicosomatico.

Certo che il medico dovrebbe meditare sul fatto che il malato non gli confida la sua stitichezza o la sua insonnia o la sua inappetenza o - peggio ancora - la sua apprensione, cercando invece la confidenza con l'infermiere. Si direbbe che il malato individui spontaneamente che il medico accetta tanto più facilmente le lamentele quanto più esse si riferiscono a disturbi enucleati dal complesso della persona e presentatigli - per così dire - sbucciati e ripuliti. Il malato, se così si comporta col medico, è perché intuisce che questi preferisce non essere invischiato, coinvolto troppo da vicino. L'infermiere invece non può sottrarsi al coinvolgimento al quale il malato aspira continuamente e sta a lui se esso non ricade inane ma si costituisce in vera e propria intersoggettività, terapeuticamente efficace.

16 .8. 1974

“Intimità” è sentire di essere in contatto con l'altro, contatto corporeo, contatto di idee, contatto di vita, bisogno dell'altro. Una fenomenologia del matrimonio potrebbe aiutarmi ad approfondire il carattere intenzionale dell'intimità col malato<sup>(11)</sup>.

La scelta di fare l'infermiere non può nascere dal nulla, così, perché un giorno ho voglia di fare l'infermiere, essa non può nascere che da un intenso desiderio di intimità. Il rapporto marito-moglie può certo avere molte analogie con quello infermiere-malato. La spontaneità di ogni atto di intimità tra marito e moglie non può essere assente nel rapporto infermiere-malato.

(11) Pucci R. - Fenomenologia e Psicologia, nel volume: Omaggio a Husserl, Il Saggiatore, Milano, 1960, pag. 245w

Stando ai concetti espressi da Calvi ne “La semantica intenzionale dell’ipocondria, ecc...”, appare evidente che l’infermiere è una figura ambigua, perché da una parte vive

l’intimità col malato e dall’altra cerca di distanziare l’ammalato stesso tentando continuamente di spiegarselo “scientificamente”, ma finisce col vivere ancor più pesantemente questa ambiguità perché le sue possibilità di distanziare “scientificamente” il malato sono di regola modeste. Non potendo agire gran che sul malato sul piano funzionale, l’infermiere dovrebbe accettare l’intimità legata al suo ruolo e quindi accettare di agire sul malato sul piano preverbale e corporeo. Se il Leib del malato appare all’infermiere nella sua immediatezza, cioè in modo originario, è perché l’infermiere ha provato una più o meno spiccata empatia per quel malato. Parlando con Calvi, mi rendo conto che avevo provato una forte empatia per quel malato che avevo visto defecare; avevo una forte empatia anche per quello del vaso da notte. Questi sono i casi che più vivamente ricordo ora, questi sono i momenti rivelatori della mia riflessione, i punti salienti del mio iter fenomenologico.

Calvi mi dice di avermi seguito nel mio lavoro con simpatia intellettuale sinché l’episodio

della padella occultata si è offerto alla sua visione eidetica ed egli ha avuto l’intuizione dell’intimità come aspetto costitutivo fondamentale del rapporto infermiere-malato. Rispetto al tema che ci occupa abbiamo avuto entrambi, Calvi ed io, almeno una visione eidetica e questo fonda la nostra intersoggettività riguardo a questa tesi.

19.8.1974

In materia di intimità possiamo mettere il chiudere la porta della camera, il paravento, il coprire il corpo del malato se entra qualcuno, o medico o suora o parente, che non sia un infermiere. . .

25.8.1974

Qualche riflessione sul Leib e sul Körper.

Di solito le azioni del medico sono localizzate in quanto il malato tende fortemente ad indirizzare il medico verso una parte o l’altra del suo corpo. Anche la cosiddetta visita generale è condotta dal medico allo scopo di conseguire una

sommazione di sintomi. L'unico momento in cui il medico potrebbe cogliere l'uomo nella sua globalità è il momento dell'anamnesi, ma si sa come questa venga abitualmente trascurata. Tutto ciò dipende anche dal fatto che il malato si pone di fronte al medico in stato di passività. Lo stesso malato invece è "in azione" davanti all'infermiere: egli mangia, beve, defeca, si lava, si masturba, cammina e via dicendo, e comunque l'infermiere ha la possibilità di vedere in lui un uomo intero. Il toccare dell'infermiere non è quindi mai un toccare indifferente, un toccare qualcosa, ma un toccare qualcuno. Per analogia con l'espressione "je me touche touchant" di Merleau-Ponty<sup>(12)</sup>, l'infermiere potrebbe dire al malato "io ti tocco toccato", cioè: io che ti tocco sono a mia volta toccato dal tuo corpo non inerte, ma vivo e toccante in ogni sua parte.

In questo modo mi sembra di trovare il vero significato della frase di Paci: "L'estraneo, l'altro, appare qui decisamente, come una modificazione intenzionale della mia presenza a me stesso come, quindi, una modalità della presenza"<sup>(13)</sup>.

Calvi, nella "Fenomenologia del diabolico", dice che questa modificazione intenzionale della presenza è l'Einfühlung e definisce l'Einfühlung come un processo di mimèsi, individuando in questa il momento pratico dell'intenzionalità.

Nell'attività dell'infermiere, largamente manuale com'è, si direbbe di poter parlare più che a proposito di praxis, e continuamente. Ma bisogna anche stare attenti a non confondere

l'agire pratico, fisico, manuale, con la prassi intenzionale: tra le due cose c'è di mezzo l'epoché.

Quando io lavo un malato, gli rifaccio il letto, lo metto tutto in ordine, compio una serie di azioni la cui praticità è testimoniata - in apparenza - dal fatto che queste azioni le compio con le mani e non con la mente. Per giunta, il malato si giova delle mie azioni praticamente perché, rinfrescato, sta meglio! Se ne giovano tutti delle mie azioni, giacché la vista e l'odorato di chi avvicina il malato ricevono sollievo.

Ma se lavo un morto e lo rivesto, alle mie azioni devo riconoscere non soltanto questi connotati pratici ma anche un connotato ideale.

---

(12) Merleau-Ponty, (vedi bibliografia), pag. 210.

(13) Paci - Idee, (vedi bibliografia), pag. 201.

Può darsi che le mie azioni in questo caso rispondano al mio mestiere oppure al mio dovere oppure al mio ossequio per le consuetudini oppure alla mia pietà: comunque sia, dietro ciascuna di queste istanze si fa luce la visione eidetica del corpo perfetto, dal quale si cerca di far sì che la salma sia distante il meno possibile.

Nell'atto di lavare un morto si incontrano quindi la praxis e l'eidos, dove risulta tanto più ovvio il riscontro dell'eidos quanto più risulta insufficiente la praxis a dare significato alle mie azioni. Avere la visione eidetica del corpo perfetto davanti ad una salma, vuol dire evidentemente essere nell'epoché ed ecco che le mie azioni sulla salma sono compiute anch'esse nell'epoché, sono non semplici atti manuali "mondani", ma sono gesti della prassi intenzionale.

La salma che io lavo si costituisce nell'intersoggettività giacché il corpo perfetto che io "vedo" di là di essa è anche il mio corpo perfetto.

Le mani con le quali lavo e compongo la salma sono piene di intenzioni, sono la parte di me attraverso cui si manifesta massimamente la mia cinestesi e per il cui tramite si trasmette massimamente la mia espressività. Io compongo questa salma secondo la traccia del vivente che in essa ancora si riconosce e secondo anche una traccia che è in me, la traccia che è di me. Se la mia intenzionalità fosse piena, questa salma ricomposta finirebbe anche visibilmente con l'assomigliarmi, ma comunque la mia pietà consiste nell'affidare ad essa una immagine umana, per ribadire la permanente umanità di questo che ormai è il resto di un uomo.

Costituisco così - in extremis - un rapporto intersoggettivo, dove l'immagine corporea - irreal - del defunto e l'immagine corporea - irreal - di me stesso confluiscono, per il tramite delle mie mani intenzionate e costituenti, nell'immagine - irreal - del corpo perfetto.

L'intenzione più modesta che possa animare chiunque si accinga a comporre una salma, è quella di "migliorarne" l'aspetto. Migliorare "realmente" l'aspetto fisico è il primo passo sulla strada che porta a costituire "irrealmente" il corpo perfetto.

Mi sono soffermato a lungo sulle cure che si danno ad una salma, perché il suo statuto oggettivo facilita l'individuazione dei momenti in cui si costituisce l'intersoggettività, in quanto questa è unilaterale. Ma non dissimile è quello che si può dire delle cure che l'infermiere impartisce al malato.

Qui l'intenzionalità è bilaterale, tanto è vero che il rapporto si esercita in una 'posizione' in cui l'uno si articola con l'altro. Ma se il malato esprime con tutto il suo corpo la sua disponibilità esistenziale, l'infermiere la esprime bensì con tutto il suo corpo, ma **la** concentra soprattutto nelle mani. Nel toccare il malato, l'infermiere corregge continuamente la sua impostazione corporale, aggiusta - se così si può dire - il tiro, nel senso che plasma intimamente se stesso nel rapporto medesimo in cui plasma l'altro.

Anche se il malato non mi tocca con le sue mani, però egli mi tocca con il suo corpo, giacché io lo tocco e quindi il nostro rapporto procede in una reciprocità che non può esaurirsi nella mia mera prestazione materiale. Io sento che, ogni volta che tocco un corpo, me ne viene qualcosa e nello stesso tempo qualcosa ne va di me. Non è possibile che il mio tempo si consumi nei giorni di calendario senza che esso si costituisca in storia. Non è possibile che il mio corpo si consumi nel toccare, senza che si costituisca qualche cosa. Io vesto ogni giorno il mio camice e compio i gesti che mi competono per osservare il mio statuto mondano di infermiere: ma non è tutto lì. In ogni mio gesto mondano e nella mia presenza mondana s'inscrivono in trasparenza i gesti e la presenza irreali del mio io personale, l'io che non accetta il consumo.

Il consumo dell'esistenza non è diverso in me e nel malato. Eventi biologici e psicologici possono accidentalmente conferire all'altro il ruolo di malato ed è altrettanto accidentalmente che essi al momento mi risparmiano.

C'è dunque una differenza tra me e il malato, rispetto a questi eventi. Rispetto al consumo esistenziale invece non c'è alcuna differenza, anche se è vero che la maggior parte dei malati lascia che la malattia si insinui nella loro persona - e non resti perifericamente insediata nel Körper - così da accelerarne il consumo.

Penso ora a quei malati - pochi - che fanno essere malati, che fanno magari morire, traendo dalla loro situazione un motivo di crescita esistenziale ed avendo quindi sconfitto il consumo.

Ad essi devo guardare, perché da essi mi viene l'esempio di ciò che io devo essere, mentre faccio l'infermiere.

## **DISCUSSIONE**

Quando Calvi mi ha suggerito di stendere il diario della mia esperienza quotidiana perché fosse materiale della mia tesi in psicologia, mi sono chiesto di lì a poco con quale criterio avrei deciso di interromperlo per approfondirne il contenuto, cioè per fame oggetto di studio.

Avrebbe potuto guidarmi il criterio pratico di non raccogliere più di tante pagine, che di più ai fini della tesi non ne sarebbero occorse. Oppure il criterio cronologico di por fine alla stesura ed affrontarne l'analisi quando stringesse il tempo di presentare la tesi. Ma non è intervenuto alcun criterio di questi, giacché il diario è evoluto abbastanza rapidamente in un succedersi di aperture subentranti e sempre più illuminanti, che mi hanno distaccato dallo stile della registrazione quotidiana e mi hanno portato nella sfera della riflessione vera e propria.

Queste aperture corrispondono allo scarto di posizioni e di affermazioni, inizialmente assunte come scoperte esperienziali e poi "scoperte" a loro volta come pregiudizi. La vera scoperta è stata quella di constatare che pensavo quel che dovevo pensare, quel che si conviene pensi un infermiere, quel che in definitiva mi avevano abituato a pensare. Lo spostamento d'angolo di visuale, la lucidità di penetrazione, il coraggio di riconoscere e di mettere da parte i pregiudizi: tutto questo è l'epoché.

L'esercizio dell'epoché mi ha introdotto nel vivo della problematica della fenomenologia di Husserl ed il rapporto infermiere-malato è apparso essere una tematizzazione particolare dell'intersoggettività.

Nello stesso tempo in cui coglievo i movimenti intenzionali della mia relazione intersoggettiva col malato, si svelava il momento fondante della mia esperienza eidetica e cioè la relazione intersoggettiva col prof. Calvi, correlatore della tesi.

Egli stesso è entrato nella tematica in questione grazie ad una intuizione categoriale, quella appunto che gli ha mostrato il rapporto infermiere-malato nella categoria dell'intimità.

Io ho avuto una visione eidetica cruciale allor quando la defecazione di un malato mi ha svelato la categoria della metamorfosi (metamorfosi dell'uomo in animale, del corpo in feci). Calvi mi ha svelato che questa situazione era stata per me un'intuizione categoriale e che io mi trovavo perciò stesso sul piano eidetico, mostrando nello stesso tempo di esserci anche lui.

Egli ha svolto così il ruolo del testimone, di colui cioè che attesta come sono andate le cose e dove. In questo caso egli ha attestato a me stesso che non avevo visto semplicemente un uomo defecare, ma che avevo avuto l'epifania d'una metamorfosi e che questo era potuto accadere perché ero situato nel mondo della vita. Ho capito così anche la nozione husserliana di mondo della vita.

Questo è una regione dell'essere dove le cose e le persone non compaiono nei rimandi quotidiani della funzionalità, del fare, dell'agire, del procedere e del decadere materiali, biologici, psicologici, economici; ma dove tutto appare nella sua relazionalità, nella sua significazione, tutto è o non è per me ed ha senso o non ha senso per me, tutto è da contemplare, nulla è da usare e da consumare.

Nella sfera mondana un uomo che defeca sotto i miei occhi e le mie mani mi avvilito, mi intristisce, m'abbrutisce; io mi consumo con lui, il consumo della mia vita, il mio transito verso la morte come disfacimento corporale e putrefazione riceve un'accelerazione da questa vista. Questo consumo accelerato io lo avverto come depressione del mio umore.

Ma nella sfera trascendentale del mondo della vita, questa stessa vista mi si traduce in contemplazione dell'animalità e della metamorfosi, che fanno parte della vita, che sono dell'uomo come sue possibilità; ed è nel mondo della vita che io guardo a queste possibilità con tenerezza o con pietà o con ironia - e non ne sono depresso - e riconosco così che in esse l'uomo non si consuma irreversibilmente, ma si lascia pur sempre recuperare all'umanità.

Capisco anche che tenerezza, pietà ed ironia sono sinonimi di epoché. Capisco che lo stato di smarrimento da me esperito all'esordio di questa epifania era angoscia e che l'angoscia è un altro sinonimo dell'epoché. Jaspers chiama questi ed altri stati d'animo situazioni affettive rivelatrici, ma noi abbiamo imparato da Husserl che essi ci rivelano la regione ontologica del mondo della vita e quindi li sappiamo riconoscere appunto come momenti dell'epoché.

Negli incontri con questo e quel malato, in questa e quella conversazione con Calvi, ho conosciuto vari momenti dell'epoché e nel diario ho cercato di registrarli, messa ormai in parentesi la sua continuità cronologica ed avviata la sua strutturazione in esercizio fenomenologico.

Come ogni esercizio fenomenologico, anche questo è sostenuto da una tensione intenzionale, tensione verso un senso, che rappresenta un fine, sia pure provvisorio, e rappresenta anche la fine dell'esercizio, e del diario.

Il senso conosciuto dal presente esercizio è che l'attività dell'infermiere si dilata a tutto il suo corpo e si concentra nelle sue mani.

Si tratta d'un senso ovvio, ciò che rappresenta la verifica positiva dell'iter fenomenologico percorso.

Quest'ultimo è sovente sorprendente nelle sue tappe, ma non lo è mai nella sua meta, giacché questa non può essere una contraddizione dell'umano.

La conclusione di un esercizio fenomenologico consiste precisamente nella scoperta d'un dato naturale, nei cui confronti però ci si accorge che non è più ripetibile l'atteggiamento "ingenuo" di prima dell'epoché, dopo che il dato si è dischiuso dall'opacità della sua tematizzazione funzionale mondana e si è offerto epifanicamente come luogo di significati e di relazioni trascendentali.

Il dato in questione è andato "fuori di sé" (così si può esprimere il suo accesso alla trascendenza) magari fugacemente, giacché non più che fugaci sono i momenti dell'epoché, ma questo gli conferisce uno statuto definitivo, nel senso che l'io sa di potervi, sempre che voglia, ritrovare la sua intenzionalità.

Questa "cosa" mondana la chiamiamo "fenomeno" nel momento della sua epifania alla visione eidetica e la chiamiamo "oggetto" quando è carica di intenzionalità e costituita nella trascendenza. L'oggetto lo si ritrova bensì nella sfera mondana, ma non è più la stessa "cosa"; su di esso può verificarsi l'incontro di chi ha compiuto le stesse operazioni eidetiche e pratiche e quindi è un luogo di intersoggettività.

Le operazioni intenzionali sono eidetiche e pratiche. Quelle eidetiche sono le visioni e quelle pratiche sono i movimenti mimetici dell'Einführung. Entrambe sono entrate nell'esperienza da me riferita nel diario, secondo una successione, non strettamente cronologica, ma di progressione dell'epoché, che si può sintetizzare come segue.

Nel rapporto infermiere-malato risulta decisamente dominante il versante preverbale, intuitivo e corporale. Questo rapporto corporale situa i due partecipi nella categoria dell'intimità, ed anche in quella della complicità, intesa come intimità gelosamente esclusiva. Intuendo questo, il medico avverte l'esclusione, che colpisce anche lui, e può essere sollecitato ad un recupero anche da parte sua del versante corporale del paziente, senza di che la sua penetrazione diagnostica e terapeutica (specie nella sfera psicosomatica) è largamente preclusa.

Riflettendo sulle posizioni corporali dei momenti assistenziali, l'infermiere scopre di modificarsi per mimèsi nel rapporto col malato e di poter a sua volta modificare il malato per mimèsi, laddove carichi tutto il suo proprio corpo di intenzioni benefiche e guaritorie. L'infermiere intuisce così, e sperimenta anche nella sua prassi corporale, che il corpo del malato è labile, fragile, disfatto, in una parola è abbandonato ad un consumo accelerato dell'esistenza e che per antitesi (figura retorica del reagire, dell'opporci, del sostenere un atteggiamento diverso), la presenza dell'infermiere si deve offrire con un corpo permanente, pienamente intenzionato verso l'equilibrio ed il benessere, come rifiuto del consumo.

Modello di tutto ciò è quella rara figura di malato, che vive la sua malattia ed anche la sua morte tutto nella dimensione del tempo (malattia come pausa esistenziale, morte come compimento esistenziale) e non nella dimensione del corpo (malattia e morte come consumo esistenziale).

Il lavoro dell'infermiere costituisce un luogo privilegiato per un esercizio fenomenologico, perché la manualità che lo caratterizza deve e può lasciarsi epochizzare sul piano della prassi intenzionale. Dietro ogni gesto dell'infermiere, messe in parentesi la sua intenzione e la sua finalità funzionale, si deve attingere la sua intenzionalità e la sua teleologia trascendentali. Queste ultime si leggono in trasparenza sotto le prime e racchiudono la sfera delle relazioni e dei significati. Sul piano funzionale (cioè nella regione ontologica della mondanità), un gesto qualsiasi come un'iniezione, si conclude nella sua direzionalità univoca, mentre sul piano trascendentale (cioè nella regione ontologica del mondo della vita), esso dischiude una serie di scambi in una direzionalità bilaterale. Cosicché possiamo dire che nella mondanità il corpo del malato non tocca l'infermiere, mentre lo tocca nella reciprocità del mondo della vita, di modo che il corpo dell'infermiere sia continuamente in costituzione.

Questa costituzione è la pedagogia spontanea e quotidiana, grazie alla quale un infermiere anziano può distinguersi da uno giovane, laddove si sia ad essa spontaneamente offerto.

Ma perché il corpo del malato possa essere il fondamentale momento costituente dell'infermiere, bisogna che il tocco di questi risulti da un'epoché di tutte le intenzionalità precedenti, di tutte le tematizzazioni non assistenziali. Epoché vuol dire disvelamento e non annullamento. Sotto le specie della pietà o della tenerezza o dell'ironia, essa deve lasciar posto all'erotismo ed al sadomasochismo, conferendo loro il massimo della leggerezza e della trasparenza.

All'erotismo ed al sadomasochismo di cui si parla abitualmente (quindi nella mondanità), s'addicono le qualità del pesante, del ripetitivo, del violento e dell'opaco. Il contrario di ciò si dovrà raccogliere nel gesto dell'infermiere, che tenteremo di definire come carezza. La mano che carezza leggermente con gioia amorosa e con fiducia di modellamento è la mano materna, che carezza il bambino.

Nell'epoché del trasporto fugace, anche la madre può trasalire intuendo sotto la sua carezza il fremito dell'erotismo o la pesantezza non più modellante ma deformante del sadomasochismo. La malattia mentale può rendere quest'epoché sofferta e dolorosissima, fino a coagularsi talvolta in un gesto distruttivo.

L'infermiere deve confrontarsi con tutto questo e sapere anche che il malato si giova delle sue carezze, ma anche del suo portamento, della sua voce, di tutto ciò infine che può essere raccolto non soltanto dal tatto del malato, ma anche dagli altri suoi sensi.

L'educazione dell'infermiere sarà dunque un'educazione estetica, tanto più difficile da praticare quanto più deve essa stessa essere continuamente sottoposta all'epoché, affinché non prevarichi su quanto scaturisce dalla pedagogia spontanea esercitata sull'infermiere dal corpo del malato, come accadrebbe se le intenzioni diventassero precetti, con una rovinosa caduta dell'intenzionalità.

Forse allora che l'educazione estetica dell'infermiere dovrebbe ritrarsi nel momento stesso in cui si propone? Io penso di no, e penso anche che l'infermiere potrebbe giovarsi grandemente d'una preparazione d'ispirazione antropologica. In definitiva, questo diario, e tutta la riflessione che vi si collega, può essere assunto come esempio, e soprattutto come proposta, d'una educazione antropologica, che è tutta da fondare.

## **CONCLUSIONI**

La dilatazione degli ospedali, il moltiplicarsi delle specialità medico-chirurgiche ed il coinvolgimento in esse degli infermieri fa sì che si debba considerare con la massima attenzione la crisi che investe la professione infermieristica.

Due importanti elementi di tali crisi sono senza dubbio il venir meno dell'atteggiamento pietistico-caritativo e l'insufficienza dell'insegnamento.

L'atteggiamento caritativo discende da una lunga tradizione e trova tuttora il suo modello nelle suore, che esercitano quotidianamente verso gli infermieri la duplice pedagogia della parola e dell'esempio. Questa pedagogia si può riassumere nel precetto del distacco affettivo, dove l'assistenza discende da una carità di ispirazione religiosa, volta più al perfezionamento spirituale di chi la esercita che ad una implicazione interpersonale con chi la riceve. La tensione emotiva richiesta da questo atteggiamento si risolve molto spesso nel desiderare un rapido ricambio dei degenti, così da poter mantenere più facilmente verso di loro il distacco affettivo.

Quanto all'insegnamento impartito nelle scuole per infermieri, ne viene denunciato il carattere nozionistico, ma forse sarebbe più pertinente parlare di verbalismo. I medici che insegnano non fanno che semplificare e riassumere le nozioni da loro stessi apprese all'università, sottraendone lo spessore dato dalla consapevolezza critica del metodo, che ha permesso di giungere a tali nozioni, e sottraendone anche la consistenza, cioè la loro verifica sul piano della realtà.

Quello che resta è una mera nomenclatura, che gratifica l'infermiere con la parvenza di istituire una sfera di discorso comune fra il medico e lui, sempre fatto salvo quel dislivello qualitativo e quantitativo, grazie al quale il paziente si inserisce nella medesima sfera di discorso cercando di far capo sempre al medico e mai all'infermiere.

In questo studio sul rapporto infermiere malato si constata che tra l'infermiere e il malato decorre un rapporto preverbale, fondato su una vera e propria intimità corporale, paragonabile soltanto a quella che c'è fra la madre ed il bambino. Si deduce che l'approccio dell'infermiere al malato è in se stesso privilegiato rispetto a quello del medico al malato, e ha quindi un grande valore terapeutico o quanto meno potrebbe averlo se fosse consapevole, coltivato e approfondito.

Si giunge così a prospettare una nuova pedagogia dell'infermiere, indirizzata soprattutto all'accrescimento della sua persona corporale, intesa in una visione fisica e metafisica insieme; si tratta di coltivare nell'infermiere le sue ri(s)poste potenzialità di dedizione e di contatto interpersonale, facendo in modo che egli si presenti al malato con ogni sua risorsa fisica e psichica: in parole più semplici, con entusiasmo, calore, prestanza, equilibrio e vitalità.

Io ritengo in conclusione che l'insegnamento teorico che si impartisce agli infermieri deve essere fatto più criticamente, affinché non sia la pura e semplice trasmissione di un gergo; la pedagogia dell'esempio tramandata dalle suore deve essere ereditata e valorizzata dai medici affinché il decoro (nel senso più ampio) della loro persona sia sempre insindacabile ed imitabile dagli infermieri.

La dottrina del distacco affettivo deve essere rovesciata nell'esercizio consapevole della partecipazione corporale; l'intimità del rapporto infermiere-malato deve acquistare la maturità di una vera e propria psicoterapia preverbale.

## **BIBLIOGRAFIA**

- BINSWANGER L., Per un'antropologia fenomenologia, (1922), nel volume omonimo, Feltrinelli, Milano, (1970).
- BRUAIRE C., Filosofia del corpo, Paoline, Milano, (1975).
- CALVI L., Sulla costituzione dell'oggetto fobico come esercizio fenomenologico, "Psichiatria", 1, 38 (1963).
- CALVI L., La metafora meccanicistica in medicina, "Il Verri", 15, 143 (1964).
- CALVI L., La semantica intenzionale dell'ipocondria e la Costituzione trascendentale del corpo proprio, "Psichiatria" I, 65 (1966).
- CALVI L., La fenomenologia del diabolico e la psichiatria antropologica, "Archivio di neurologia, di psichiatria e di psicologia", 30°, 390 (1969).
- CARGNELLO D., Alterità e alienità, Feltrinelli, Milano, (1966).
- LANDGREBE L., La fenomenologia della corporeità e il problema della materia, nel volume: Fenomenologia e storia, Il Mulino, Bologna, (1972).
- LANTERI-LAURA G., La psychiatrie phénoménologique, Presses Universitaires De France, Paris, (1963).

- MERLEAU-PONTY M.,                      Signes, Gallimard, Paris, (1960).
- MINKOWSKI E.,                              Studio psicologico e analisi fenomenologica di un caso di melanconia schizofrenica, (1922), nel volume: Antropologia e Psicopatologia, Bompiani, Milano, (1967).
- MUCCHIELLI R.,                            Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale, Dessart, Bruxelles, (1967).
- PACI E.,                                        Funzione delle scienze e significato dell'uomo, Il Saggiatore, Milano, (1963).
- PACI E.,                                        Diario fenomenologico, Bompiani, Milano, (1973).
- PACI E.,                                        Idee per una enciclopedia fenomenologica, Bompiani, Milano, (1973).
- PUCCI R.,                                      Fenomenologia e Psicologia, nel volume: Omaggio a Husserl, Il saggiatore, Milano, (1960).
- SARANO J.,                                    Significato del corpo, Paoline, Milano, (1975).
- SAVOLDI F.,                                  Introduzione alla psichiatria fenomenologica, Cadmos, Milano, (1971).
- SAVOLDI F.,                                  Fenomenologia e Psicanalisi, Cadmos, Milano, (1974).
- SQUARISE C.,                                Senso cristiano del corpo, Accademia Alfonsiana, Roma, (1973).