

IL PIANO ETICO DELL'INCONTRO

R. DALLE LUCHE

I. PREMESSE

L'esistenza e la scelta

Parlare di etica mi imbarazza, perché il rischio di essere o apparire moralisti è elevatissimo e... Dio ci scampi dai moralisti, ne conosciamo tanti, sempre pronti a sfruttare le questioni morali a proprio vantaggio.

L'etica, come più volte ci ha ricordato Remo Cantoni nelle sue introduzioni alle opere di Kierkegaard (10), non è una disciplina di cui si possa discettare a sangue freddo, è la dimensione in cui ci si viene a trovare allorché la propria vita è posta di fronte ai dilemmi dell'esistenza. Nascosta sotto le sicure ciambelle di sicurezza della consueta normalità quotidiana (che è fatta anche di molte lecite immoralità), la dimensione etica si rivela ad uomini e donne che hanno fatto naufragio, che, senza patria né leggi, sono costretti ad intraprendere un viaggio interiore, cui una crisi ha dischiuso l'immenso orizzonte delle possibilità, che sentono di doversi riappropriare di una vita che è stata loro sottratta, espropriata proprio dall'adesione immediata al già dato, dalla non scelta: che hanno perso se stessi perché gli altri hanno scelto per loro, per parafrasare Kierkegaard (10).

Non si può dunque sapere cosa sia la dimensione etica se si è soltanto esistenzialisti immaginari.

L'etica (del senso comune) in psichiatria

Alcune questioni etiche, come ad esempio il diritto del malato di non essere curato senza consenso oppure mediante menzogne strategiche, sono stati cavalli di battaglia del pensiero antipsichiatrico. Le prassi terapeutiche fondate sul sapere scientifico, infatti, contrastano spesso con i principi etici individualistici che presuppongono l'autonomia e la responsabilità di ciascuno, compresi i malati di mente, tesi questa che può consentire di sostenere forme di garantismo in radicale contrasto con l'etica del senso comune (11). Finita l'epoca dell'uso politico-ideologico, con utili risvolti di critica istituzionale, di queste argomentazioni, le questioni etiche in psichiatria hanno assunto toni minori e pragmatici, trovando facili convergenze tra morale del senso comune e prassi terapeutiche, secondo logiche fondamentalmente e apologeticamente normalizzanti e omologanti.

Oggi i contributi e i manuali di etica in psichiatria – anche i più tematicamente esaustivi come quello a cura di Bloch e Chodoff (1) –, costituiscono discussioni delle linee guida per un “uso giudizioso del potere”, per una limitazione dell'impiego della manipolazione interpersonale nel contesto delle relazioni asimmetriche e mondanizzate tra medico e paziente, ma soprattutto rappresentano una criteriologia difensiva di fronte al sempre temibile e temuto spettro delle sanzioni medico-legali e delle cause per risarcimento dei “danni morali e materiali” nella pratica clinica.

Al vaglio dell'impostazione fenomenologico-esistenziale, nella logica dell'incontro, questo tipo di letteratura risulta assolutamente insoddisfacente perché sul piano dell'esistenza la relazione asimmetrica medico-paziente tende a divenire una relazione terapeutica paritetica (da adulto ad adulto, da pari a pari), cioè una relazione personalizzata Io-Tu, nel senso di Buber, piuttosto che una relazione medicalizzata e feticizzata, quando non perversamente reificata, Io-esso (2): una pur problematica relazione di reciprocità (4) e mutualità che non necessariamente implica l'eguaglianza

(2), la somiglianza e l'affinità tra medico e paziente. Si apre qui, naturalmente, il complesso tema delle interconnessioni tra la visione fenomenologico-esistenziale e quella psicodinamica della relazione terapeutica (2), dove il venir meno delle limitazioni tecniche o tecnicistiche verso un'apertura interpersonale maggiormente libera implica anche una revisione etico-normativa. È proprio uno psicoterapeuta esperto e di buon senso come Karasu a riconoscere che «nuovi dilemmi etici nasceranno riguardanti la relazione terapeutica egualitaria» e sostenere, con Bernaly del Rio, che »per definizione i problemi etici rimangono irrisolti. Per questa loro peculiarità causano agli psichiatri un continuo stato di inquietudine e, contemporaneamente, un desiderio di ricercare, pensare e ricercare ancora». (9)

La rilevanza epistemologica dell'essere se stessi

Riecheggiando le categorie kierkegaardiane della vita estetica e della vita etica – figure/specchi di un narcisismo prototipico che ci riguarda tutti –, *apparire* o *essere*, prima ancora di avere o essere, costituiscono oggi i poli antitetici della dimensione etica. Nell'epoca del crollo delle credenze e delle convinzioni collettive la questione etica è, più che mai, quella in cui si giuoca il senso individuale della vita: *essere o apparire, essere etici o essere amorali, questo è il vero, unico aut aut*:

«Il mio aut aut non indica la scelta tra il bene e il male; indica la scelta con la quale ci si sottopone o non ci si sottopone al contrasto di bene e male (...)».

«L'estetica nell'uomo è ciò per cui egli spontaneamente è quello che è; l'etica è quello per cui diventa quello che diventa»

sono, ancora, parole di Kierkegaard (10).

La scelta di divenire se stessi impone il confronto con la dimensione tragica dell'esistenza, quella dell'apparire vuole che tutto rimanga sul piano della commedia: ciascuno vorrebbe giuocare la propria commedia da regista e da attore (*to play* in inglese sta per giuocare e recitare, mettere in scena), e che gli altri la condividessero, da bravi comprimari. Ecco, la scelta etica la vedo come la ribellione di un attore che, d'improvviso, sul palcoscenico, si volta verso il pubblico e dice: «Ma cosa stiamo facendo? La vita non è questa».

Chiunque, ovviamente, è libero di contestualizzare queste affermazioni nella società massmediologica dove quello che conta è ciò che appare, che si fa apparire, l'informazione che si enuncia, piena o vuota di contenuti, corrispondente o meno alla realtà che sia.

La scelta etica è quel qualcosa che impone invece di osservare la realtà, di prenderla in considerazione, di non falsificarla artificialmente.

In questa direzione Wittgenstein, perseguendo fin dalla giovinezza «l'aspirazione al raggiungimento di una decenza morale (*Anständigkeit*)» (14), ha sottolineato la coincidenza di etica e di epistemologia: come scrive Gargani (14), «l'inautenticità (*Unechtheit*) (...), l'autoinganno era per Wittgenstein la micidiale strada della perdizione etica e intellettuale, perché, dal momento in cui un uomo scrive qualcosa di diverso da ciò che egli veramente è, non sarà più in grado di accertare l'essenziale differenza tra ciò che in lui è autentico e ciò che è falso, e la conseguenza sarà quella di non essere in grado di distinguere più nulla affatto nel mondo». Analogamente si esprime Simone Weil (13) quando afferma, in una lettera: «C'è una sorta di verginità riguardo al bene che una volta data non si avrà più indietro».

Certo, osservare la realtà, e tentare di interpretarla e rappresentarla comporta sempre il rischio della soggettività, della particolarità della prospettiva del *luogo etico* (ancora Wittgenstein - 14) cui si è pervenuti, quindi della falsificazione: tuttavia si tratta di una falsificazione inevitabile, di una falsificazione onesta, di una falsificazione, appunto, etica. La falsificazione dell'amorale è invece una falsificazione consapevole, nichilista e individualista: uno stile di vita fondato su cumuli di

menzogne autorigeneranti e in continua espansione, come le ipotesi *ad hoc*, cinture di protezione di teorie scientifiche deboli, che fanno acqua ovunque, o sistemi paranoicali che, se non si espandono, negando sempre più l'evidenza, muoiono.

Essere amorali può essere una scelta, un'opzione con i suoi fondamenti scientifici e sociali, sorretta da sistemi di abitudini e conoscenze consensuali e consolidate che garantiscono una vita tranquilla e disimpegnata; più spesso, tuttavia, può essere anche una non scelta, un sistema di sopravvivenza per individui deboli che evitano ogni tipo di confronto con la dimensione tragica dell'esistenza.

Lo psichiatra non sfugge all'antinomia *essere/apparire*; anzi, il suo quotidiano rapporto con la natura enigmatica della follia e con i modi cui ad essa si rapportano gli stessi pazienti e i colleghi lo sensibilizza verso quella comune difesa che è la finzione, la maschera.

La dimensione etica dello psichiatra, inoltre, converge con quella epistemologica nascendo dal poter percepire i fenomeni psicopatologici come meri fatti di natura, come lo sono i segni per ogni altro medico, *oppure* come fatti da interpretare, come vissuti polivoci nei quali è implicata la scelta e la responsabilità di qualcuno. Nel primo caso lo psichiatra può assumere una posizione amorale (e quindi adeguarsi ad un sistema acquisito, consensuale ed in ultima analisi anonimo, di conoscenze naturalistiche), nel secondo deve costruirsi un'etica che influenza le sue convinzioni, le sue interpretazioni e le sue scelte terapeutiche. In questa direzione lo psichiatra diviene l'unico responsabile della propria prassi che, pur muovendosi all'interno di codici deontologici generali e del sapere acquisito (consensuale), si costituisce di atti di piccola o grande portata – da un ricovero coatto, ad una prescrizione, ad una interpretazione, ad una semplice battuta –, in cui la scelta terapeutica è individuale. La scelta è quindi un fattore di differenziazione di uno psichiatra dalla comunità degli psichiatri (un concetto, questo, che è ovviamente astratto, perché in questa comunità vi sono molti altri psichiatri che affrontano individualmente – non convenzionalmente – la questione etica). Nello stile di lavoro di uno psichiatra etica ed epistemologia coincidono se non s'interpongono le difese della maschera e della finzione.

Uno psichiatra con una sua personalità è dunque necessariamente un uomo coinvolto in una questione etica, ma mai da solo, perché dall'altra parte c'è un altro uomo-paziente che – passivo, ribelle, compiacente o rivendicativo – dovrà sottrarsi o assecondare le sue scelte e, alla luce dei loro effetti, verificarle.

Note di cronaca quotidiana

Viviamo in un'epoca in cui nessuno sembra più interessarsi delle storie interiori di vita dei pazienti, diventati bersagli sintomatici di *cocktails* farmacologici decisi dalle esigenze di mercato più che da considerazioni psicopatologiche o diagnostiche ed in cui, anzi, le diagnosi sono spesso più funzionali alla prescrizione dei nuovi prodotti farmaceutici di quanto non ne siano il movente. In un'epoca in cui nessuno si stupisce se un notissimo clinico invita a “non parlare” con i pazienti perché ciò altererebbe i processi diagnostici ed un altro può tranquillamente usare un linguaggio del tipo: «a quel signore proviamo ad infilare della (ad esempio) fluvoxamina» – accompagnando l'enunciato col gesto della esplorazione rettale – e, lo stesso clinico, proseguendo, affermare «e se dopo venti giorni di trattamento non funziona gli cacciamo dentro uno stabilizzante, etc. etc.».

In un'epoca, dunque, in cui la psichiatria, divenuta una pratica massificata e consumistica, seleziona le proprie procedure secondo una logica omologante e conservativa, una nuova morale cresciuta su un fondo di rassegnazione verso l'uomo sofferente ridotto a *avatar* neurobiologico, a consumatore di correttori dei suoi squilibri biochimici – come mi sono divertito a scrivere in un racconto iperbolico di qualche anno fa (6) –, a fruitore di prestazioni quantificabili, e infine, con un'espressione che riassume tutte le prassi socio-sanitarie del presente, a *target* di interconnesse logiche di mercato accomunate dal considerare l'individuo semplicemente un numero.

Questo (mal) costume di cui siamo sia artefici che vittime, non è che la punta di un iceberg di una tendenza che – con tutti i possibili alibi scientifici (tutto torna, quando, dati statistici controllatissimi alla mano, si evoca il “bene” per i pazienti, per le loro famiglie e per la società in

genere) – avvalora la credenza nella riducibilità della psichiatria ad una prassi medico-biologica mentre invece, di fatto, essa costituisce ancora una parodia dei metodi della medicina generale: una prassi medicalizzante, induttrice di circolarità interpretative che rafforzano nel malato e nei familiari il ricorso ad una richiesta di soluzioni farmacologiche rapide ed efficaci, ad una ipocondrizzazione della sofferenza, ad un'enfasi degli esami strumentali, delle *rating scales*, dei metodi cosiddetti obiettivi. Tutto questo si risolve in una riduzione all'insignificanza del dialogo col malato, alla sua elusione in manovre puramente manipolative, ad una destituzione di ogni atteggiamento che *consideri l'intervento psichiatrico un atto centrato in primo luogo sull'osservazione partecipe e su un ascolto non giudicante e non sanzionante: in una parola all'abolizione del ruolo e del valore del rapporto medico-paziente come incontro interumano, come evento specifico all'interno di un orizzonte sociale complesso, fondato sull'arte del dialogo.*

Mi sono trovato recentemente a ripensare alle rivendicazioni della poetessa Alda Merini che, ricordando nel corso di un incontro letterario estivo la sua lunga esperienza manicomiale, raccontava come l'intensità e la durata degli stimoli elettrici nelle applicazioni ESK cui veniva sottoposta dipendesse dall'umore mattiniero delle dottoresse, dal grado d'infelicità del loro rapporti coniugali, dallo stato di salute dei loro figli. La situazione, pur al di fuori delle mura del grande ospedale psichiatrico, e nonostante la raffinatezza degli attuali trattamenti biologici rispetto, ad esempio, all'ESK, non è cambiata nei suoi fondamenti: l'istituzione e le sue prassi, nascoste anche nella migliore delle reti territoriali dei servizi, non sono spesso molto diverse e tra il medico e il malato si svolgono ancora interazioni profondamente asimmetriche e inautentiche, che lasciano solo al medico possibilità di difesa (incentivi di carriera, economici, di prestigio, di autorità, ecc.) rispetto a un'orizzonte umanamente mortifero.

Persona e disturbo

Di fronte alla psichiatria attualmente dominante (quella diagnostico-categoriale *post* DSM-III, funzionale «ad unificare la prassi psichiatrica mondiale (...) in un'enorme, più o meno consapevole, banco di prova di psicofarmacologia clinica» – come scrivevamo in un contributo etico ed epistemologico nel 1991 (12) – la questione etica si identifica più che mai con il perenne quesito del rapporto tra persona e disturbo; le varie psichiatrie si diversificano proprio nella loro diversa articolazione teoretica di questo rapporto in una polarità che va dal non considerare affatto la persona, schiacciata tutt'al più sulla nozione di temperamento, al considerarla troppo e identificarla con il disturbo-malattia del quale è richiesto il trattamento. Quest'ultima identificazione, pressoché dogmatica fino a non molti anni fa sia in campo psicoanalitico che daseinsanalytico, è oggi ritenuta incerta e fonte di numerosi equivoci.

L'indagine psicopatologica resta l'unico (l'ultimo) strumento per definire i rapporti tra persona e malattia e dircene qualcosa, l'unico modo per non praticare e *agire* (anche in senso psicodinamico) una psichiatria volutamente cieca rispetto ai più diversi livelli della realtà, con l'alibi della ateoreticità e della neutralità. Se le diverse manifestazioni della follia restano, oggi come sempre, erratiche, decentrate, caotiche, non circoscrivibili, non codificabili, cioè originali e quindi in gran parte irriducibili all'ordine logico su cui per definizione si presuppone si fondino la persona e i suoi progetti, è sempre e unicamente solo dopo una lunga esplorazione dei diversi percorsi di comprensibilità che possono sussistere tra persona e disturbo, cioè dopo un'accurata indagine psicopatologica, che si può stabilire quanto un certo disturbo risulti effettivamente fondabile su base somatica, secondo il linguaggio non perduto di Kurt Schneider (8).

L'utilizzo della psicopatologia, cioè di tutti quei metodi che tentano di articolare il generarsi dei disturbi con la globalità della vita psichica della persona che ne è portatrice, è un imperativo etico in quanto rappresenta a tutt'oggi l'unico strumento in grado di produrre reale conoscenza in psichiatria (sia pure la conoscenza di nodi irrisolvibili, di forme di esistenza irreversibilmente distorte, oppure il sapere di non sapere, il silenzio di fronte al mistero).

Analogamente è soprattutto etica la ragione dell'incontro, sempre “grazia e mistero”, nelle magiche parole di Buber (cit. in 4): se nel paziente si vede costantemente l'uomo, nella sua

situazione reale, e nel suo proprio universo psichico, comprensibile o meno nelle sue articolazioni tematiche e nella sua espressività formale, è forse meno facile, ma non impossibile, fargli del male.

Autenticità/inautenticità

Le categorie di autenticità/inautenticità, al loro acme negli anni '60 e '70 sull'onda della *renaissance* esistenzialista e dei movimenti di liberazione, e, per noi psichiatri, della diffusione del pensiero di Binswanger e della *Daseinsanalyse*, ci hanno segnato per sempre. Questo *imprinting* fa sì che ancora oggi siamo portati a credere che è etico ciò che è autentico e viceversa e ci poniamo in modo non accademico, non precettistico le domande: la prassi psichiatrica deve divenire autentica o può non esserlo? può la prassi psichiatrica essere moralmente decente?

Autenticità significa "tendere al proprio fondamento" (5), improntare la propria vita ad un ideale di purezza, rigore, rifiuto dei compromessi e della corruzione, nella certezza che giungerà la *kierkegaardiana* "ora della mezzanotte" nella quale ciascuno dovrà rivelarsi e mostrarsi per quello che è (10), cioè, in parole povere e popolari, nella quale i nodi verranno al pettine e la verità a galla; una posizione che nel mondo di oggi risuona del tutto inattuale (ma, forse, se si ricorda come Nietzsche amasse dirsi inattuale, possiamo capire come questi valori eterni lo siano un po' sempre rispetto ai valori storicamente dominanti nella società).

Il punto che qui ci interessa è se, e in che misura, questa opzione di vita fondata sulla nozione di autenticità sia valida e applicabile anche nel nostro lavoro, se, cioè, sia condivisa o condivisibile anche dai pazienti e se sì, se da tutti, o solo da una minoranza di essi che si trovano in situazioni critiche e dilemmatiche.

II. L'AMBIGUITÀ ETICA DELL'INCONTRO

L'incontro – che si può empiricamente definire una relazione terapeutica psicopatologicamente e filosoficamente consapevole – genera circoli di comprensione e empatia (più si comprende più si è vicini all'altro, e più si è vicini all'altro, più si potrà comprendere), ed è quindi lo strumento principe per attingere una qualche conoscenza dell'uomo in genere, e dell'uomo-malato in particolare, rivelando le dimensioni psicopatologiche che lo mettono in forma e identificando quanto elementi conflittuali e cambiamenti di identità e di valori, filtrati soggettivamente, possano sostenere e influenzare la genesi e il decorso dei disturbi.

L'incontro è l'accesso a un percorso unico, che ha una sua durata, una sua temporalità, le sue oscillazioni tensionali, i suoi screzi: un percorso che si qualifica come esorcismo di ogni prassi automatizzata e protocollare. È un'interazione duale che si distingue profondamente da ogni commercio, da ogni misura sanzionatoria, da ogni prassi omologante al costo della messa in parentesi dei ruoli, del potere, dei vantaggi. È, idealmente, una prassi di liberazione dalla schiavitù delle apparenze e del convenzionale.

L'incontro intersoggettivo in genere è un'esperienza piacevole: a me fa sempre venire in mente la frase di Bukowski (un altro scrittore che è stato un paziente molto critico) «l'anima libera è rara, ma quando la vedi la riconosci; soprattutto perché provi un senso di benessere, quando gli sei vicino» (3).

L'incontro è quindi anche il metodo rischioso e avventuroso per realizzare un'etica della leggerezza e del sollievo, come insegna Lorenzo Calvi: risultato minimo ed effimero, per lo più, ma che riscatta la durezza e l'opacità di infinite giornate di lavoro.

Bisogna tuttavia chiedersi in quale misura l'incontro possa davvero realizzarsi tra uno psichiatra e un malato, e anche in quale misura esso sia epistemologicamente fondato, e quali vantaggi possa apportare. Non bisogna cioè cedere alla suggestione che ciò che è libero e piacevole sia anche qualcosa di necessariamente giusto e buono.

A ben vedere, ogni teoria della tecnica, introducendo regole e limiti convenzionali, pone in discussione proprio l'utilità delle potenzialità liberatori e dell'incontro: le cornici e i *settings*, si dice – e con molte buone ragioni – sono una garanzia anche per il malato, oltre che per il medico.

L'esigenza dell'"incontro" infatti può essere anche considerata un sintomo disposizionale del medico fenomenologicamente e antropologicamente impostato: nascere da una passione per il diverso che trasforma la *philia* propria della relazione medico-paziente nell'equivoco della fascinazione per la malattia mentale, della sua idealizzazione, o da un raffinato estetismo narcisista di chi va in cerca di oggetti stimolanti per fecondare la propria vena creativa dialogica, narrativa e speculativa, oppure, come scrive Callieri (4), dal tentativo di percepire nello specchio dell'Altro, quella che potrebbe essere la nostra angoscia.

Bisognerebbe sempre chiedersi se il malato l'incontro lo vuole davvero. Il malato psichiatrico, come tutti i malati, al di là di tutti i possibili vantaggi secondari della malattia, vuole una sola cosa: stare bene, essere guarito, essere una persona normale, come tutti, cioè, insomma *non essere com'è*. Quando invece, al di fuori degli stati acuti, nel momento della riflessione su quanto accaduto, si apre all'incontro, quando si dispone a essere avvicinato, quando pretende di esserlo, la sua richiesta nasconde spesso altre e più pressanti motivazioni: esprimersi, essere ascoltato, compreso, riconosciuto e apprezzato, protetto e aiutato concretamente a (soprav)vivere in contesti socio-familiari ostili, ma in ogni caso *a rimanere così com'è, ad essere lasciato essere, a non cambiare*. Inoltre, la variegata gamma dei transfert mostra la difficoltà di tutti i pazienti ad aprirsi naturalmente ai cosiddetti modi autentici, di essere nel mondo (mi riferisco alla trasparenza e alla sincerità di mostrarsi come si è, di provare riconoscenza e gratitudine, di non sedurre e inglobare protesicamente il terapeuta, piuttosto che alle ambigue categorie generali del *modus amoris* e del *modus amicitiae*) (5). Infine, talora l'incontro sembra realizzarsi a scapito delle "parti malate", marginalizzate, rimosse, celate. L'incontro fondato sulle "parti sane" del paziente diviene allora quello tra due persone, una delle quali fa finta di essere sana, finché ce la fa, per non sciupare quel po' di affetti positivi, di conoscenza e riconoscenza, e di libertà espressiva che possono essere nati nel rapporto col medico, il quale a sua volta rischia di far finta di essere "un po' matto" per mantenere la relazione, con analoghe motivazioni. Mi riferisco qui, a tutti i veri malati, dagli ossessivi, ai *borderlines*, agli psicotici di varia configurazione, mai immuni sia da una tetragona assenza di *insight* che tende a impostare il rapporto sul piano di una "reciproca normalità" inesistente e un po' surreale quanto, al contrario, da radicali istrionici che mantengono la relazione sempre sul filo dell'inautenticità della finzione di malattia e della finzione di cura (cioè su una complementarità dei ruoli convenzionali di medico e paziente, in modo parzialmente indipendente dalla natura dei disturbi). Quando invece la patologia consiste in sintomi nevrotici o personologici non gravi, l'incontro porta alla luce, spesso in modo solo quantitativamente più pregnante, quel gioco di scacchi che è l'interazione tra due esseri umani in genere, dove gli affetti e le alleanze, l'empatia e la trasparenza, l'attaccamento e la presa di distanza si fanno e si disfano a seconda delle motivazioni prevalenti in un certo momento, in un divenire instabile, anche affettuoso, ma mai esente da ragioni di opportunità.

Dio sa, e forse ciascuno di noi più di lui, quanto sia difficile (o, meglio, come sia impossibile) eliminare ogni screzio inautentico e/o perverso in qualsiasi rapporto intersoggettivo, perfino nei migliori e nei più sani, e come il loro prodursi o residuare producano un perpetuo intralcio al cambiamento verso la trasparenza e l'autenticità, al poter divenire ciò che si potrebbe essere se..., trascinando in chi si muove verso questo ideale sentimenti di rabbia e/o impotenza. Credo che anche per i più esperti di noi, cultori della psicopatologia e delle ragioni dell'incontro, non sia piacevole constatare continuamente di "non essere migliori degli altri", di non essere capaci, con tutto il nostro impegno etico, non solo di debellare dal mondo il "male oscuro", né di alleviare il suo "fulgorato scoscendere d'una vita" (7), ma talora neppure di modificare le più comuni distorsioni interpersonali o caratteriali: però questa consapevolezza esorcizza la possibilità di far subire ai pazienti gli effetti nefasti della *hybris* psicofarmacologica e/o psicoterapeutica che si concretizza in

un' *escalation* inconsapevolmente collusiva o in una cronificazione senza motivazione e senza speranza, che non pone mai in discussione i propri fondamenti.

Lo spettro dell' insignificanza, della demotivazione, della noia, inoltre, è di portata tale da renderci, nonostante tutto, inguaribili sostenitori della comprensione e dell' incontro, che hanno, non lo possiamo nascondere, anche la funzione di antidoto al *burn out* dello psichiatra, cioè di non lasciarlo solo con le sue conoscenze astratte, teoriche e ipotetiche, come il malato è lasciato solo con la sua malattia.

Per concludere

“Incontro” e “autenticità” sono, quindi, per chi le ha attraversate, categorie necessarie ma anche intrinsecamente ambigue e un po' ingenuie, nel rapporto medico-paziente più ancora che nella vita; effetto e veicolo al contempo di comprensione ed empatia, di intuizioni e rivelazioni, ma anche vettori di illusioni speculari, di inganni intenzionali, di aspettative irreali, di baratri fusionali, quindi di cocenti disillusioni.

Paradossalmente, la conoscenza dei limiti epistemologici ed etici dell' incontro, in gran parte ancor oggi deducibili dai paletti metodologici che Jaspers indicò all' inizio del secolo agli psicopatologi medici, è fondamentale perché occasionalmente, una frase, un gesto, una fantasia o un affetto, consentano di oltrepassarli, offrendo aperture inattese e originali che restano scolpite nella memoria. È in questo modo che, nella parabola temporanea dell' incontro, la “*verità psichica*” (cioè la “*realtà più autentica*”), può essere avvicinata, interpretata, fatta enunciare attraverso una parola che, divenendo metafora vivente, facendosi carne, svela, designa e libera, rendendo inutili le parole feticizzate della nosografia, della clinica, e anche della psicopatologia, che di fatto sono “oggetti” e, come tali, equivalgono a ogni altro intervento strumentale (farmacologico, manipolativo etc.): parole che “trattano”, che cementificano la psiche omologandola a qualcos' altro o a quella di qualcun altro.

Un buon terapeuta è, in ultima analisi, semplicemente una persona onesta, dove “onestà” è un termine che, declinato nella prassi psichiatrica, è sinonimo di sapienza psicopatologica, cioè di convergenza etica ed epistemologica nella consapevolezza dei limiti del poter fare e del poter essere. È chi sa che ogni suo intervento sarà “sufficientemente buono”, per parafrasare la celebre invenzione linguistica winnicottiana, se si iscrive in una strategia duttile e mai scevra di angosce, ambivalenze e pericoli, che ha di mira la garanzia che il paziente possa riguadagnare il suo massimo grado di libertà all' interno dei limiti imposti dalla sua situazione reale, mai determinata unicamente e univocamente da una malattia, ma sempre, anche, dalla sua storia, dalla sua personalità e da una serie sempre imprevedibile di eventi casuali e situazionali. Ciò implica sia la capacità di discernere e analizzare un insieme enorme di variabili che nascono da una conoscenza approfondita della situazione del malato, coglibile solo attraverso la disposizione all' incontro, sia una continua elaborazione del lutto per i limiti della possibilità d' intervenire e trasformare la realtà nella direzione delle dimensioni più autentiche dell' esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bloch S., Chodoff P. (a cura di): “Etica in psichiatria”. Tr. it. G. Conte e L. Tonani, postfaz. E. Sacchetti e G. Conte, Vol. I e II, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995-96.
- 2) Brice W. C.: “Pathological modes of human relating and therapeutic mutuality: a dialogue between Buber's existential relation theory and object-relations theory”. *Psychiatry*, 47, 109-123, 1984.
- 3) Bukowski C.: “Storie di ordinaria follia” (1967). Tr. it. P. F. Paolini, Feltrinelli, Milano, 1978.
- 4) Callieri B.: “Antropologia e psichiatria clinica”. *Quad. It. Psichiat.*, IV, 3, 205-33, 1985.
- 5) Cargnello D.: “Alterità e alienità”. Feltrinelli, Milano, 1977.
- 6) Dalle Luche R.: “Due apologhi sulla fine della psiche”. Mauro Baroni Editore, Viareggio, 1994.
- 7) Gadda C. E.: “La cognizione del dolore”. Einaudi, Torino, 1963.

- 8) Huber G., Gross G.: "Kommentar". In: Kurt Schneider "Klinische Psychopathologie". 14^a ed., Thieme, Stuttgart, New York, 1992. Tr. di R. Dalle Luche, disponibile in manoscritto.
- 9) Karasu B. T.: "Aspetti etici della psicoterapia". In: Bloch, Chodoff, cit., pp.181-222.
- 10) Kierkegaard S.: "Enten Eller" (1843). *Aut Aut*. Tr. it. K. M. Guldbrandsen e R. Cantoni, intr. Remo Cantoni, Mondadori, Milano 1956.
- 11) Laor N.: "Common sense ethics and psychiatry". *Psychiatry*, 47, 135-150, 1984.
- 12) Maggini C., Dalle Luche R.: "La diffusione del DSM-III. Verso una nuova ideologia?". *Riv. Sperim. Freniatr.*, CXV, 4, 491-503, 1991.
- 13) Weil S.: "Lettere della guerra". A cura di L. Coppola, Ed. La Locusta, Vicenza, 1988.
- 14) Wittgenstein L.: "Diari segreti". Tr. it. F. Funtò, Intr. A. G. Gargani, Laterza, Roma-Bari, 1987.

Dott. Riccardo Dalla Luche
Via Vespucci, 32
1-55049 Viareggio