

Nel corso della nostra vita siamo accompagnati da alcune esperienze fondamentali che ci consentono di conoscere cosa noi siamo, e cosa sono gli altri; e fra queste esperienze come non ripensare alla tristezza, alla sofferenza, alla felicità, alla solitudine, alla tenerezza, al desiderio di comunità, e di comunità di destino, alla speranza, alla malattia e alla morte volontaria, e ai modi con cui entrare in comunicazione con ciascuna di queste esperienze?

Alla ricerca della interiorità.

Sono esperienze radicate nel cuore della vita, e (cosa ancora piú importante) sono esperienze che ci consentono di avvicinarci alle sorgenti profonde della condizione umana. Non si scende nella profondità del nostro cuore se non si rivivono esperienze, come queste, che ci confrontano con gli eterni problemi dell'uomo: radicati nella nostra interiorità. Non sono lontane da queste le considerazioni che Thomas Mann è venuto svolgendo

in uno dei suoi bellissimi saggi. «Ma non è forse vero che la meditazione cosmologica, paragonata al suo opposto, a quella psicologica, ha in sé qualcosa di puerile? Dicendo questo rammento gli occhi tondi e luminosi, da fanciullo, di Albert Einstein. È inutile: la conoscenza umana e l'approfondimento della vita umana ha un carattere di maggiore maturità che non la speculazione sulla Via Lattea: vorrei affermarlo con il piú profondo rispetto. “Libero ognuno” osserva Goethe “d’occuparsi di ciò che lo attrae, che fa piacere, che gli pare utile; ma il vero studio dell’umanità è l’uomo”». Se è cosí, alla conoscenza e all’approfondimento della condizione umana non sono chiamate solo la letteratura e la filosofia, ma anche la psichiatria che, in alcuni suoi aspetti tematici, ha a che fare con la sfera vasta e indefinita delle scienze umane. Certo, questa non è la psichiatria che si esaurisce nelle sue radici neurobiologiche (naturalistiche), ma è la psichiatria che non rinuncia alle sue radici fenomenologiche e antropologiche, che ne contrassegnano la dimensione sociale, senza le quali nulla essa può conoscere della interiorità, della soggettività, di una persona: malata, o non malata.

Comunicare come problema.

Cosa è questa comunicazione, questa parola-marmellata, questa parola-valigia, cosí la definirebbero i linguisti, che entra in gioco in ogni for-

ma di discorso, e in ogni forma di vita, e come tematizzarla nei suoi aspetti essenziali e nelle sue diverse articolazioni semantiche? Come entriamo in comunicazione, come entriamo in relazione, con noi stessi e con gli altri, con la nostra interiorità e con quella degli altri?

Le relazioni umane sono faticose talora, e talora dolorose. Come dice Rainer Maria Rilke: «Ché non si deve solo alla pigrizia se le relazioni umane si ripetono così indicibilmente monotone e senza novità da caso a caso, ma alla paura di un'esperienza nuova, imprevedibile, a cui non ci si crede maturi. Ma solo chi è disposto a tutto, chi non esclude nulla, neanche la cosa più enigmatica, vivrà la relazione con un altro come qualcosa di vivente e attingerà sino al fondo la sua propria esistenza».

Sono tesi che vorrei svolgere in questo mio lavoro dicendo qualcosa sulla natura, sulla dimensione dilemmatica, sulla fenomenologia della comunicazione, della relazione, che ci mette in un dialogo senza fine con la nostra interiorità, con le nostre attese e con le nostre speranze, e con quelle che sono negli altri. Non c'è cura in psichiatria se non quando siamo in comunicazione, in relazione, con la tristezza e l'angoscia, la inquietudine e la disperazione, il dolore del corpo e il dolore dell'anima, di chi sta male e chiede il nostro aiuto. Ma non c'è comunicazione autentica in psichiatria, e non solo in psichiatria, se non quando si abbiano parole capaci di creare un pon-

te fra la soggettività di chi parla, e quella di chi ascolta, la soggettività di chi cura, e la soggettività di chi è curato; e quando ci siano corrispondenze fra il tempo interiore dell'una e quello dell'altra.

I disturbi della comunicazione.

Le esperienze psicopatologiche, le loro diverse forme di espressione, non sono se non disturbi della comunicazione: questa è la tesi di Ludwig Binswanger, uno dei grandi psichiatri del secolo scorso, al quale si deve la rifondazione fenomenologica della psichiatria, ricondotta al suo statuto di scienza radicalmente umana, e la cura non può se non essere ricerca e ricostruzione della comunicazione perduta. Sí, comunicazione, relazione, colloquio e dialogo sono sfere semantiche che sconfinano le une nelle altre, e sono fra le esperienze piú complesse e piú difficili, piú ambigue e piú imprevedibili, della vita.

Ci si avvia a un'adeguata comunicazione, a una relazione dialogica, con se stessi e con gli altri, solo lungo i sentieri della immedesimazione nei pensieri, nei sentimenti e nei desideri degli altri; ma le cose cambiano nella misura in cui si abbia a che fare con una comunicazione razionale, o con una comunicazione emozionale. Ma anche il tempo, sapere scegliere il momento di parlare e quello di tacere, sapere armonizzare la nostra esperienza del tempo con quella degli altri, è la

premessa allo svolgimento di una comunicazione che consenta di entrare in relazione sia con la vita di ogni giorno sia con la vita ferita dalla malattia.

La comunicazione razionale.

La comunicazione razionale è quella che, nelle scuole, porta chi insegna a trasmettere cognizioni senza ridestare negli studenti adeguate e profonde risonanze emozionali. Non c'è comunicazione creatrice di dialogo e di cura se non quando la ragione, la ragione calcolante, si converte in passione: nella leopardiana passione della speranza. La sola comunicazione razionale non riesce a essere strumento di rinascita interiore, di crescita e di maturazione, che non sono possibili se non quando la comunicazione sia contestualmente razionale ed emozionale. Ma in vita siamo ogni volta tentati di considerare le cose alla luce della loro significazione razionale, senza fare attenzione a quella emozionale: non meno importante.

La comunicazione emozionale.

Quando ci incontriamo con esistenze neurotiche, o psicotiche, constatiamo in esse non tanto disturbi del pensiero, quanto emozioni ferite dalla tristezza e dall'angoscia, dalla inquietudine

dell'anima e dalla disperazione, dal dolore del corpo e dal dolore dell'anima. Ma non comunichiamo con le persone che stanno male, e sono lacerate da emozioni ferite, se non quando le riconosciamo nella loro appartenenza al nostro comune destino. La meta è ricostruire la comunicazione perduta, che è possibile ritrovare solo nella misura in cui le parole di chi cura siano capaci di ridestare fiducia e speranza. Ma è anche necessario mettersi in sintonia con il sentimento del tempo, con le sue vertiginose metamorfosi, che si manifestano nelle esistenze immerse nel dolore.

Ma, certo, il medico nel fare domande, nel ricostruire la storia della vita, nell'espone le conclusioni diagnostiche e prognostiche, deve essere sincero ma deve contemporaneamente tenere presenti le risonanze emozionali, l'angoscia, e la disperazione, che alle parole possano conseguire, e deve guardarsi dal ferire la dignità delle persone malate, e non malate, con parole, con gesti, che nascano dalla indifferenza, e dalla impazienza.