

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELLE SITUAZIONI CRITICHE

Non dobbiamo confondere il bisogno col bene. C'è una quantità di cose di cui crediamo di aver bisogno di vivere. Anche questa idea spesso è falsa, poiché, in pratica, si sopravvive alla perdita di infinite cose ritenute indispensabili. E, pur ammesso che questo fatto sia vero, cioè che la perdita delle cose possa far morire, o, almeno distruggere l'energia vitale, non necessariamente tali cose sono beni autentici

SIMONE WEIL¹

1. Ci viene proposta una domanda: se cioè l'eutanasia sia una risposta per l'uomo che soffre. Ne viene immediatamente, evocata un'altra. Altre. Chi è il soggetto? Chi domanda? A chi in qualche modo siamo chiamati a rispondere? Non si vuol dire soltanto chi concretamente pone la domanda, ma da dove essa viene, ove ci vuole condurre. Una domanda che, apparentemente, si presenta come luminosa: alleviare, annullare la sofferenza, il dolore, la morte stessa. Una domanda che, pure, nello stesso momento, porta una qualche inquietudine, risveglia un tormento, un timore, uno spavento; pare un oscuro tranello, un'esca, una prova. Interroga, forse, sul senso stesso del suo ascoltarla, della possibilità di essere formulata, della sua liceità.

Eutanasia è termine che ha profondamente mutato il proprio significato nel corso dell'evoluzione della cultura umana. Infatti il significato originario della parola greca è quello di una morte serenamente accettata, compimento naturale della vita; mentre, attualmente, è venuto a riferirsi o alle tecniche medico farmacologiche adottate per accelerare la morte in presenza di sofferenze ritenute insopportabili dal punto di vista fisico e della dignità personale, ovvero all'astensione dall'utilizzo di tecniche che, in quelle stesse situazioni, prolungherebbero la vita.

Frankl, nel 1953, ci si esprime a proposito dell'eutanasia:

«L'Eutanasia, nel senso più ristretto della parola, non è stata mai un problema per il medico, al quale il concetto che le sofferenze del trapasso debbano essere alleviate con rimedi adatti è sempre apparso accettabile. Il quanto e il come si debba intervenire concerne il tatto del sanitario: Ma oltre a questo aiuto a morire, a questa eutanasia nel senso più stretto del termine, si è prospettato più volte e in più luoghi il problema dell'opportunità di permettere, di legalizzare l'eliminazione di vite umane, quando queste fossero giudicate indegne di essere vissute. In proposito si tengano presenti le seguenti considerazioni. Anzitutto il medico non è mai autorizzato a decidere sul valore o meno di una vita umana: La società gli ha semplicemente dato l'incarico di aiutare il malato, di lenirgli le sofferenze quanto più è possibile, di assisterlo se non lo può guarire. In caso diverso un malato non sarebbe mai sicuro di trovarsi di fronte a un medico che cerca di aiutarlo od invece ad un carnefice che cerca di sopprimerlo».

Frankl sembra prospettare scelte piuttosto semplici, i termini del conflitto appaiono chiari e ben definiti. Ma in realtà oggi, se non già ai tempi di Frankl, la situazione è molto più complessa. Infatti il malato che il medico riceve dalla società, non è più così semplice e univoco. Dovremmo poi chiederci, ricordando Szasz, se il medico riceva un mandato dalla società o dal paziente. È chiaro che il rapporto con il paziente dovrebbe essere in primo piano; anche se la storia, si pensi ad esempio alla storia della psichiatria, può far sorgere seri dubbi al riguardo.

Comunque quanto afferma Frankl, può essere facilmente accettabile se poniamo al centro principi etici, propri del pensiero ebraico-cristiano; e qui si definisce una linea di scontro, impossibile da evitare. Per una visione cattolica l'eutanasia in quanto anticipata uccisione, sia pur pietosa del morente, va condannata, senza esclusione alcuna.

È certo per altro che il mondo occidentale, si caratterizza per un pluralismo di opinioni, di fedi religiose, di visioni antropologiche. Allora in una società multirazziale, pluralista e.... tollerante è possibile trovare una via che porti all'individuazione di principi etici condivisibili? Principi etici che possano fungere da fondamento all'agire di fronte alla morte? E quale via perseguire?

Diciamo subito, e qui dichiariamo la nostra parte, - in quanto sarebbe pura ipocrisia, ipotizzare una inautentica neutralità, con pretese di oggettività che esprimerebbero o superficialità o malafede - che non crediamo a una via illuministica, puramente razionale. Non ci crediamo perché di fronte alla morte, alla sofferenza, alla malattia è impossibile non provare sentimenti, emozioni, non essere toccati da esperienze personali, anche profondamente dolorose. Riflettere, anche solo per un breve momento, sulla radicalità della morte, non può non accompagnarsi che a una visione vertiginosa, rispetto alla quale c'è poco da dire, ma tutto da sentire e patire dentro di noi.

La via, l'unica che conosciamo, è quella dell'ascolto di sé.

Una via soggettiva quindi, dell'uomo che conosce la vita attraverso se stesso. L'individuazione di riferimenti esterni pseudorazionali, giustificativi, avrebbe una funzione deresponsabilizzante attenuando l'angoscia della scelta, riducendo apparentemente la drammaticità della vicenda.

Lo sviluppo scientifico e tecnologico, apre nuove frontiere alla dimensione esistenziale. L'uomo si trova dinnanzi a nuove possibilità, a nuovi dilemmi anche. È impensabile trovare soluzioni rapide, chiare, indolori. Viceversa, l'uomo è posto di fronte a nuovi inesauribili interrogativi. È pur vero, e qui possiamo pensare a Heidegger, a Jaspers, a Bion, a Jung solo per citare alcuni, che sul piano filosofico, riflessivo, l'uomo è sempre chiamato a rincorrere a radicali mutamenti, le profonde trasformazioni indotte dallo sviluppo tecnologico e dalle scoperte scientifiche. Esiste cioè un *gap* culturale tra conoscenze tecniche, strumenti tecnologici, capacità di agire e trasformare la natura, e consapevolezza, capacità riflessiva, coscienza di sé e delle implicazioni etiche del proprio agire. Non riteniamo si tratti di una visione pessimistica, che questo debba gettare nella più profonda depressione; semplicemente, l'uomo, deve avere il tempo di confrontarsi con le nuove realtà, che egli stesso contribuisce a creare. E esplorare nuovi territori, è inevitabilmente una attività carica di rischi. Allora il problema, è essere consapevoli del limite, della condizione sperimentale della nostra vita. Misurarsi con nuovi più sofisticati problemi, non può che accrescere il livello di consapevolezza individuale e collettivo. Nuove possibilità determinano nuove responsabilità.

Ancora, ciò che ci scandalizza oggi, domani potrebbe essere visto come innocuo, del tutto innocente e per nulla drammatico. Pensiamo a come è mutato l'atteggiamento della società occidentale nei confronti dell'omosessualità, della contraccezione, dell'aborto e del transessualismo. A come è mutato, nei confronti dell'alcolismo, rispetto al periodo proibizionista. A come potrebbe mutare riguardo la droga.

Non è stato eliminato il conflitto, inevitabile per altro, ma sono state realizzate e abrogate leggi, al fine di favorire la libertà di autodeterminazione, la responsabilità individuale, nel rispetto e nella tolleranza reciproche. È stata quindi trovata una via, che tenesse conto dei drammi individuali, che consentisse una scelta libera, che non emarginasse l'individuo promuovendone viceversa la dignità, e non contribuisse ad aggiungere dolore a dolore.

Se dovessimo trovare una qualche similitudine tra i problemi etici, prima richiamati e l'eutanasia, potremmo essere autorizzati a percorrere la stessa via.

Innanzitutto, occorre riflettere sul fatto, che parlando di eutanasia, si introduce tutta una serie di altri problemi: il consenso libero e informato, la capacità di intendere e di volere, il problema del suicidio e del suicidio assistito. È chiaro che la capacità di intendere e di volere, dovrebbe essere accertata di volta in volta; ma potremmo ritenere, che in situazioni straordinarie, quali quelle di una dolorosa malattia, queste siano del tutto conservate?

E in casi in cui questa fosse esclusa, nei casi di demenza senile ad esempio, chi dovrebbe decidere? E come l'eutanasia, non potrebbe configurare l'esecuzione di un essere del tutto ignaro? È stata avanzata da alcuni, l'ipotesi di un *testamento vivente* in cui il paziente, potrebbe richiedere l'eutanasia attiva, nella possibilità di venirsi a trovare, in una situazione di incapacità; altri hanno proposto, l'opportunità, da parte del paziente, di nominare un proprio rappresentante, che possa valutare e controllare, le cure che gli vengono somministrate. Ancora c'è chi propone, di prendere in considerazione, ai fini della scelta la situazione familiare e sociale: presenza di figli minori, responsabilità economiche e lavorative e così via.

Cosa vuol dire tutto questo? Vuol dire che quando si passa dall'ipotesi generale, al tentativo di calare l'ipotesi nella vicenda concreta, si entra in una situazione labirintica, in cui le eccezioni si sommano a altre eccezioni, i casi particolari diventano la regola. Per non parlare poi del problema di come si possa definire quale sia il giusto momento, o quanto una persona possa essere definita indiscutibilmente incurabile. «Una volta di più, tutto sta nell'avverbio» afferma Gérard Vincent³. E la difficoltà di definire l'avverbio, appare evidente a tutti.

Il problema della eutanasia, presenta una complessità tale, per cui cercare di ridurlo in termini di diritto, appare impresa *titanica*.

Ma vi è ancora un altro aspetto. Dice Hugo Engelhardt:

«Tra le considerazioni da fare la liberalizzazione della pratica dell'eutanasia, ce ne saranno alcune prudenziali e utilitaristiche, compresa quella sulla possibilità di un abuso della pratica, qualora dovesse essere stabilita. Anche se queste paure vengono spesso evocate come argomento contro l'eutanasia, è difficile determinare quanto debbano essere prese sul serio»⁴.

Ci sembra che l'autore sia troppo superficiale e che tratti un problema di complessità enorme, con una rapidità davvero eccessiva. Se è vero che tuttora possiamo enumerare una lista infinita di inadeguatezze e incapacità del medico, nell'affrontare in modo corretto e competente i problemi relazionali con il paziente; se il medico, ancora oggi, deve interrogarsi sulla propria capacità di dare giuste forme alla relazione con il paziente, (ed è innegabile che, al di là di infiniti contributi teorici, sul piano pratico, la formazione del medico a questo riguardo sia per lo meno carente), è difficile immaginare, come possa essere in grado di gestire i problemi legati all'eutanasia, definita per diritto. Parlare di eutanasia, può sembrare un modo di evitare il confronto con il momento critico della sofferenza, della morte. L'eutanasia, diviene così difesa estrema dall'angoscia della morte, difesa dalla crisi.

Crisi è termine di origine greca, che si riferisce allo scegliere, discriminare, separare, decidere, e che nella medicina ippocratica, indica un punto decisivo di cambiamento nel corso di una malattia della quale risolve il decorso in senso favorevole o sfavorevole.

Dal punto di vista psicologico, indica un momento della vita, in cui viene a cadere un equilibrio precedentemente raggiunto, e pertanto sorge la necessità di radicalmente mutare i precedenti modelli di comportamento, non più adeguati al presente. Dice K. Jaspers:

« Tutto subisce un cambiamento subitaneo dal quale l'individuo esce trasformato, sia dando origine a una nuova risoluzione, sia andando verso la decadenza. La storia della vita non segue il corso uniforme del tempo, struttura il proprio tempo qualitativamente, spinge lo sviluppo delle esperienze a quell'estremo che rende inevitabile la decisione »⁵.

Il momento di crisi è in ogni caso un momento di massima apertura al cambiamento.

Ricordiamo la morte di Ivan Il'ic*, uno straordinario esempio di iniziazione alla vita, di iniziazione della vita nel momento estremo, quando tutto sembra perduto, quando nulla sembra più possibile.

La malattia, una malattia davvero mortale, è necessaria affinché Ivan Il'ic, uomo uniforme e ordinario, vissuto costantemente nel protettivo e fragile bozzolo della malafede, trovi la direzione, il senso.

La malattia irrompe in quella esistenza, inattesa, e coglie impreparati.

Ma non è troppo tardi. Esiste ancora in Ivan Il'ic, la capacità di comprendere il senso, di mettersi in ascolto, di assumersi la responsabilità della riconoscenza. Perché privare Ivan Il'ic di questa possibilità?

Due casi riferiti da Gérard Vincent richiedono una attenta riflessione:

«Un dirigente, dinamico, di successo, sportivo. Viene colpito da un cancro. Sotto l'effetto massiccio dei farmaci, gli cadono i capelli, gli si gonfia il viso. Perde la propria identità fisica. Fino all'ultimo va a trovarlo la moglie, giovane, bella, sana. In quei momenti, il volto del condannato si irradia di gioia. Il suo medico afferma, di aver voluto prolungare il più possibile, una vita che offriva ogni giorno a questo uomo, un'occasione di gioia tanto intensa, da soffrire a qualsiasi valutazione altrui.

Una schizofrenica, affetta da una neoplasia a lenta evoluzione, si frattura il femore a sessant'anni. Operata, dopo parecchi giorni di coma, viene salvata e costretta a letto. La sorella minore, va a trovarla tutti i giorni. La malata con lo sguardo le fa capire di riconoscerla, mentre le parole appaiono confuse. Chi può dire che non sussista un desiderio di vita in ciò che resta di lucido nella coscienza di questa donna, se non altro, per rivedere domani il viso della sorella tanto amata?» si interroga in conclusione Vincent⁶

Chi può dire che non ci sia valore, senso, possibilità.

La crisi, la scelta, la decisione.

* Rileggiamo le ultime pagine:

«Improvvisamente, una qualche forza lo colpì in petto, sul fianco, gli soffocò ancor più violentemente il respiro, egli sprofondò nel buco e laggiù, alla fine del buco, s'illuminò qualcosa. Gli accadde quello che capita in un vagone sulla ferrovia, quando pensi che stai andando avanti, e invece vai indietro, e all'improvviso ti rendi conto della direzione in cui stai andando veramente. "Sì, tutto è stato come avrebbe dovuto essere. Ma come dovrebbe essere?". Si domandò e improvvisamente tacque.

Questo avvenne alla fine del terzo giorno, un'ora prima della sua morte. In quello stesso istante il ginnasiale, piano piano, penetrò nella stanza del padre, e si avvicinò al suo letto [...]. La sua mano andò a finire sulla testa del ginnasiale. Il ginnasiale la afferrò, se la portò alle labbra e si mise a piangere.

In quello stesso istante Ivan Il'ic sprofondò, vide la luce, [...] risparmiare se stesso da quelle sofferenze. "Quant'è bene e quanto è facile" pensò. "E il dolore?" si domandò. "Dov'è andato? Allora, dolore, dove sei?".

E si mise in ascolto.

"Sì, eccolo. Ebbene, lasciamo che il dolore sia".

"E la morte? Dov'è?".

Cercò la sua solita paura della morte, la paura di un tempo, e non la trovò. Dov'era? Quale morte? Non c'era nessuna paura, perché non c'era nemmeno la morte.

Al posto della morte c'era la luce.

"Allora è così!" disse improvvisamente ad alta voce. "Che gioia!".

Per lui tutto ciò avvenne in un attimo, e il significato di quest'attimo ormai non poteva più mutare».

L. TOLSTOI (1886), *La morte di Ivan Il'ic*, in *Tutti i racconti*, II, Mondadori, Milano 1991, pp. 399-400.

«Quando la vita diventa difficile da sopportare - ci ricorda Wittgenstein - si pensa a un mutamento della situazione. Ma il mutamento più importante e efficace, quello del proprio comportamento, non ci viene neppure in mente, e con difficoltà, possiamo deciderci ad affrontarlo»⁷.

La crisi riguarda tutti i personaggi, il paziente certo, il medico, la relazione: riguarda la coscienza di tutti.

Tutto è messo in crisi e la crisi chiede di scegliere, di cambiare profondamente.

In un racconto di Richard Matheson, *L'Esame*, viene immaginata una società dove gli individui, oltre una certa età o per determinate patologie o inefficienze, debbono periodicamente essere sottoposti ad un esame. Il non superamento dello stesso, comporta l'eliminazione. Indipendentemente da ciò, in determinate condizioni, può essere avanzata domanda di eliminazione da parte dei familiari.

Viene qui di seguito riportato il colloquio fra Les e Terry, rispettivamente figlio e nuora dell'esaminando:

«Giacevano l'uno accanto all'altra e nessuno dei due dormiva.

Spogliandosi non si erano quasi parlati e quando Les si era sporto a darle il bacio della buonanotte, lei aveva mormorato qualcosa che lui non aveva sentito.

Ora Les si rigirò su un fianco con un profondo sospiro e la guardò. Nella penombra Terry aprì gli occhi e guardò verso di lui.

- Dormi? -, gli chiese piano.

- No -.

Non disse altro: Aspettava che fosse lei a incominciare. Ma anche lei taceva, e dopo qualche istante di attesa Les disse: - .

- Be', credo proprio che questa sia... la fine...-.

Terminò la frase con sforzo, perché le parole non gli piacevano; avevano un suono falso, melodrammatico.

Terry non rispose subito. Poi, come se pensasse ad alta voce, disse:

- Credi che abbia qualche possibilità di ... -

Les si irrigidì tutto, sapeva che cosa stava per dire sua moglie.

- No, disse, non ce la farà mai -.

Sentì Terry inghiottire.

Non dirlo, pensò Les implorante. Non dirmi che ho detto la stessa cosa anch'io per quindici anni. Lo so. Lo dicevo perché credevo che fosse vero.

Avrei dovuto firmare la domanda di eliminazione anni fa, pensò improvvisamente.

Avevano bisogno, assoluto bisogno di liberarsi di Tom; per il bene dei loro bambini, di loro stessi: ma come tradurre in parole questo bisogno, senza la sensazione di essere assassini? Non si poteva dire "speriamo che il vecchio non ce la faccia, speriamo che lo ammazzino". Eppure qualsiasi cosa si dicesse era soltanto una perifrasi ipocrita di quelle parole, perché quelle parole, e non altre, esprimevano il loro vero stato d'animo.

Termini medici, pensò, grafici sulla scarsità dei raccolti, sull'abbassamento del tenore di vita, statistiche sulla denutrizione e sulla salute pubblica. Erano ricorsi a tutti quei begli argomenti, per far passare la legge.

Ebbene erano menzogne, trasparenti menzogne, prive di fondamento. La legge era passata, perché la gente non voleva pesi morti in famiglia, perché tutti volevano vivere la loro vita.

- Les, e se ce la fa? - disse Terry.

Le mani di lui si aggrapparono al materasso.

- Les? -.

- Non so, cara, - disse.

La voce di lei risuonò secca nel buio. Era una voce al limite della pazienza.

- Devi sapere - disse.

- Les, se passa quell'esame, sono altri cinque anni, cinque anni, hai pensato che cosa significa? -.

- Sentì Terry, ha sbagliato tre quarti delle domande che gli ho fatto questa sera. Non ci sente più o quasi, la vista è debolissima, il cuore lo stesso e ha l'artrite -.

L'esame fisico. - disse odiandosi, tutto contratto dall'odio, mentre assicurava a sua moglie che Tom era condannato».

Potrebbe essere questo, con invero soltanto periferici mutamenti, il dialogo di un medico con se stesso di fronte a un paziente sofferente, alla fine.

Ciò che viene stabilito per legge, che proviene dall'esterno, apparentemente è tranquillizzante, deresponsabilizzante, ma rende inautentico, perché oggettivante e automatico, il rapporto umano.

L'automatismo stesso però, reale e concreto, o immaginario e previsto, ad un certo momento può mettere in crisi, proporre domande, far rientrare dalla porta l'angoscia che avevamo, ne eravamo così sicuri, definitivamente cacciato dalla finestra.

Credevamo di liberarci e siamo stati imprigionati.

La possibilità diviene necessità e possiamo già immaginarci burocraticamente intenti a compilare moduli affinché lo specialista in eutanasia, su richiesta del medico curante o del paziente, o dei suoi familiari, o per iniziativa autonoma dell'USL, nell'interesse generale della prevenzione del dolore individuale e sociale, prenda in considerazione la situazione, esprima il suo giudizio e nel caso che abbia un letto libero nel suo reparto (ma è probabile che l'abbia, il *turn over* è invero molto rapido), provveda lui stesso al trasferimento e decida come meglio crede, ché è lui l'esperto, si è specializzato nell'apposita scuola universitaria di quattro anni a tempo pieno e con borsa di studio, norme CEE.

L'eutanasia può apparire come il polo opposto dell'accanimento terapeutico, ma può, forse con maggiore forza, porsi nello stesso solco: raffigurare un estremo accanimento terapeutico. Il medico deve comunque fare: - mantenere tecnicamente la vita, - dare tecnicamente la morte, - appartengono questi due apparenti estremi alla stessa unilateralità, allo stesso punto di vista.

Controllare la morte è controllare la vita.

Appartiene alla stessa fantasia di onnipotenza.

2. Abbiamo proposto prima, una definizione di crisi, ne abbiamo visto il complesso significato, che apre a una possibilità di cambiamento, trasformazione. Ma come si declina la crisi nel rapporto medico -paziente? È chiaro che la situazione critica coinvolge entrambi i protagonisti della relazione, e quindi è difficile parlare di una condizione critica per l'uno o per l'altro. Però analizzando più da vicino la situazione relazionale, possiamo individuare come normalmente il più svantaggiato dei due sia sempre il paziente, che deve accettare una posizione *up-down*. Per il paziente quindi, la situazione è sempre critica, da qui l'importanza per il medico, di essere consapevole di questo aspetto e della necessità di contenere, accogliere le ansie mobilizzate in tale situazione.

«I pazienti» ricorda Hugo Engelhardt «quando vanno da un professionista della sanità, si trovano in territorio sconosciuto. Entrano in un campo di problemi che non sono stati accuratamente definiti nel corso della lunga storia delle professioni sanitarie [...] I dolori, le invalidità e anche le paure vengono tradotti nel gergo particolare delle professioni sanitarie. La sostituzione del rituale e della magia dello sciamano con la tecnologia e la dottrina del guaritore-scientista, può avere aumentato, non diminuito, la distanza fra il guaritore e la persona in cerca di cure e assistenza. In questo contesto, il paziente è uno straniero, un individuo in un territorio sconosciuto, che non sa con certezza che cosa aspettarsi o come tenere sotto controllo, ciò che lo circonda... Lo straniero deve adattarsi ad aspettative e modelli culturali, nuovi ed estranei... Come un estraneo in una cultura straniera, il paziente corre sempre il rischio di essere una persona marginale »⁹.

Esiste una condizione psicologica costantemente critica per il paziente, che richiede al medico un insieme di qualità relazionali, che necessitano di un adeguato *iter* formativo per giungere a una completa maturazione e non possono essere date per scontate.

Così il momento critico dell'uno, si riverbera sull'altro, e influenza il rapporto. Ma è certamente diverso *contenere* la crisi dell'altro, piuttosto che *vivere* la crisi.

Il medico, può trovarsi ad incontrare problemi, che egli stesso per primo non è riuscito ad affrontare, quali quelli della morte e del morire.

L'incontro con l'altro è, per certi versi, sempre rischioso, carico di imprevisti; la natura stessa dell'atto terapeutico porterà il medico a incontrare gli aspetti più profondamente umani della vita. Non è pertanto improbabile, che il medico possa vivere situazioni che lo toccano da vicino, e tali da attivare i suoi affetti e sentimenti, i suoi complessi.

Riportiamo qui un esempio. In un noto romanzo di E. M. Foster, *Maurice*¹⁰, il dottor Barry, consultato dal protagonista che gli rivela il proprio timore di essere omosessuale, si chiude spaventato all'incontro: «Io sono un innominabile della razza di Oscar Wilde» dice Maurice, «Corbellerie, corbellerie» risponde agitato il dottore. «Mi occorre un consiglio... Non sono corbellerie per me, è la mia vita» implora Maurice Hall, «Corbellerie», ribadisce con tono autoritario il medico. In queste poche battute, possiamo cogliere il dramma di un essere umano, che spera di poter comunicare ad un altro, ciò che lo tormenta, e lo spavento, egualmente drammatico, del dottore che si sottrae a questa richiesta di condivisione.

Questo episodio, può essere colto come simbolo, di tutte quelle condizioni in cui il medico è posto di fronte alle proprie personali angosce, e allontana da sé il paziente, o banalizza il problema del paziente, per difendersi dall'ansia.

L'episodio suggerisce anche, la necessità di ridefinire il concetto di distanza terapeutica.

La giusta distanza è, sempre, ma particolarmente nelle situazioni critiche, l'atteggiamento riflessivo, consapevole, che più che far prendere distanza dall'altro, aiuta a prendere distanza da se stessi. Aiuta a riconoscere i propri sentimenti, le proprie emozioni. Aiuta a comprendere quanto questi, debbano essere legittimi e ascoltati, e a capire, quanto invece abbiano una natura difensiva. Ovvio, che regole non c'è ne siano. I fraintendimenti, nascono proprio dal tentativo di semplificare, individuare riduttivamente, regole che possono facilmente essere trasmesse e apparentemente apprese.

A questo proposito, può essere utile ricordare una riflessione di Bion riguardante la difficoltà, di favorire autenticamente una crescita nell'ambito della sfera emotiva. In uno scritto del 1948 l'autore sottolinea la facilità da un lato di trasmettere e comunicare delle competenze tecniche, e la frustrazione invece, nel comunicare le esperienze emotive: «[...] non si è ancora trovato alcun metodo di comunicazione dell'esperienza emotiva, che non sia terribilmente limitato, nella sua sfera di influenza» conclude Bion¹¹.

Le condizioni critiche attivano i sentimenti, il mondo emotivo e affettivo del medico. Sentiamo disagio, paura, imbarazzo, ansia, angoscia. Nella relazione con l'altro, il paziente, o con l'ambiente dell'altro, i familiari, diveniamo bruschi, impacciati, talora aggressivi.

Ci sentiamo *innaturali*, perché cogliamo la rigidità del nostro agire, ma in realtà, siamo assolutamente naturali, cioè immediati, e l'immediatezza manifesta la nostra difficoltà.

Il medico, nella situazione critica, è chiamato a incontrare se stesso, a interiorizzare i momenti dell'accadere, a raccogliere le difficoltà, come interrogativi che la vita gli pone. I momenti critici, sono così l'occasione che trasformano l'operare tecnico, lo completano, lo arricchiscono.

Non ci si può illudere, di risolvere i problemi, trovando delle regole, che potrebbero avere solo uno scopo difensivo; si deve trovare la capacità interiore di cogliere la profondità e la complessità della situazione. Sono richieste al medico delicatezza, sensibilità, presenza e consapevolezza.

A una riflessione, la crisi ci può restituire o consentire, di ritornare alla soggettività del nostro agire, in antitesi con il pericolo di estraniamento, alienazione, costantemente presente, nella dimensione lavorativa: a una condizione però, che la crisi sia riconosciuta, accolta, ascoltata.

La crisi sposta l'io dal centro.

L'intrecciarsi di fattori etici, legali, relazionali, personali, illumina sulla complessità della vicenda e su come non sia possibile procedere per generalizzazioni.

Il medico pertanto, non può essere lasciato solo a confrontarsi con tutte queste problematiche, ma dovrebbe poter trovare uno spazio di libera riflessione e confronto, deve vivere la possibilità di dare parola a emozioni che spesso, per timore, vengono negate.

NOTE

- 1 S. WEIL (1962), *Pensieri disordinati sull'amore di Dio*, La locusta, Vicenza 1991, p. 29.
- 2 V. FRANKL, *Logoterapia e analisi esistenziale*, Morcelliana, Brescia 1953, p. 54.
- 3 G. VINCENT (1987), *Come morire?* In P. ARIÉS, G. DUBY (EDS.), *La vita privata. Il novecento*. Laterza, Roma - Bari 1988, p. 135.
- 4 H.T. ENGELHARDT (1986), *Manuale di Bioetica*. Il saggiatore, Milano 1991, p. 365.
- 5 K. JASPERS (1959), *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, 1964.
- 6 G. VINCENT, *op. Cit.*, p. 136.
- 7 L. WITTGENSTEIN (1977), *Pensieri diversi*, Adelphi, Torino, 1980.
- 8 R. MATHESON, *L'esame*, in *Le meraviglie del possibile*, Einaudi, Torino 1959, pp. 235 - 257.
- 9 H. T. HENGELHATDT, *op. Cit.*, pp. 294-296.
- 10 E.M. FOSTER (1971), *Maurice*, Garzanti, Milano 1987, pp. 202 - 205.
- 11 W.R. BION (1948), *La psichiatria in tempo di crisi* in *Psicanalisti e crisi delle istituzioni*, E. CASSANI, G. VARCHETTA (Eds.), Guerini, Milano 1990, pp. 13 - 26.