

Il dolore e la medicina

Alla ricerca di senso e di cure

a cura di

Paolo Bellavite, Paolo Musso, Riccardo Ortolani



Società  Editrice Fiorentina

A cura di
Paolo Bellavite, Paolo Musso, Riccardo Ortolani

IL DOLORE E LA MEDICINA

Alla ricerca di senso e di cure

(Ultima versione, testo ma non ufficiale)

SOCIETÀ EDITRICE FIORENTINA - FIRENZE

Gennaio 2005

192 pagine, 16 euro

Tel. 0555532924

info@sefeditrice.it - www.sefeditrice.it

Contributi di: Evandro Agazzi, Paolo Bellavite, Mario Zatti,
Paolo Aldo Rossi, Marialucia Semizzi, Luca Belli, Laura
Bertelé, Alessandro Perini, Marcello Santi, Gerardo Bertolazzi,
Giuseppe Colombo.

Prefazione del Card. Angelo Scola Patriarca di Venezia.

Sintesi:

La realtà del dolore e della sofferenza pone domande di varia natura alla medicina e le risposte della scienza, pur importanti, si integrano con altre riflessioni: il dolore, umanamente vissuto come contraddizione, appare ultimamente come un grande enigma, inscindibilmente legato al mistero dell'uomo e dell'esistenza stessa dell'universo. Questo libro raccoglie contributi di medici, filosofi e scienziati, di cui l'aspetto unificante è l'esigenza di un approccio capace di integrare tra loro le diverse dimensioni dell'atto clinico e dell'arte terapeutica, anziché contrapporre come è a lungo accaduto negli ultimi secoli e come spesso accade ancora. L'operatore sanitario è in prima linea nel "prendersi cura" della persona malata, cercando *anche* di eliminare o alleviare, con tutti i mezzi possibili, il dolore e la sofferenza. Ma per far questo nel modo migliore, oltre agli strumenti tecnici deve possedere quella sapienza che coglie il *sensò* del sintomo e della malattia per l'intera persona, la quale con la richiesta di "salute" pone anche, più o meno consapevolmente, una domanda di "salvezza". La prefazione del card. Angelo Scola, patriarca di Venezia, sottolinea l'importanza delle questioni qui sollevate, nel panorama della medicina del XXI secolo.

INDICE

AUTORI E CURATORI DEL VOLUME	6
PREFAZIONE	7
INTRODUZIONE.....	8
IL “SENSO” DELLA SOFFERENZA IN UNA PROSPETTIVA DI INTEGRAZIONE TRA UMANESIMO E SCIENZA	13
<i>LA NATURA DELLA MALATTIA</i>	<i>13</i>
<i>LA MODERNITÀ E IL DUALISMO ANIMA-CORPO.....</i>	<i>15</i>
<i>LA MEDICINA NELLA VISIONE DUALISTICA.....</i>	<i>16</i>
<i>LA MEDICINA E IL RECUPERO DELL'INTEGRITÀ DELL'ESSERE UMANO.....</i>	<i>17</i>
<i>L'INTEGRAZIONE DELLA MEDICINA.....</i>	<i>18</i>
LA MALATTIA COME DISORDINE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE.....	20
<i>LA COMPLESSITÀ BIOLOGICA</i>	<i>22</i>
<i>IL MODELLO PATOGENETICO.....</i>	<i>24</i>
<i>LA CAUSA “PRIMA” DEL MALE</i>	<i>31</i>
DOLORE E INCOMPLETEZZA NELLA NATURA	36
<i>LA “CRUDELTÀ” DELLA NATURA</i>	<i>36</i>
<i>LA RISPOSTA DELLA NECESSITÀ: CASO SENZA PROGETTO.....</i>	<i>36</i>
<i>LA RISPOSTA DELLA LIBERTÀ: CASO NEL PROGETTO.....</i>	<i>40</i>
<i>LA LIBERTÀ, E IL MALE PERMESSO, NELL'EVOLUZIONE E NELL'AUTOPOIESI</i>	<i>46</i>
ANTROPOLOGIA DEL DOLORE NELL'ANTICHITÀ.....	51
INTERPRETAZIONE DEL DOLORE NELLE TRADIZIONI MEDICHE ORIENTALI	56
<i>SENSO DELLA SOFFERENZA NELLE VISIONI ORIENTALI</i>	<i>57</i>
<i>REGOLE DI VITA E INDICAZIONI MEDICHE.....</i>	<i>60</i>
<i>SINTESI</i>	<i>64</i>
I LUOGHI DEL DOLORE E DELLA CURA	67
<i>L'OSPEDALE MEDIOEVALE.....</i>	<i>67</i>
<i>I GRANDI OSPEDALI.....</i>	<i>69</i>
<i>L'ILLUMINISMO SANITARIO.....</i>	<i>70</i>
<i>POSITIVISMO OTTOCENTESCO E MODERNITÀ</i>	<i>71</i>

IL LINGUAGGIO EMOZIONALE DEL CORPO	73
LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL DOLORE	81
<i>ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL DOLORE: CENNI.....</i>	82
<i>IL DOLORE NEL PAZIENTE NEOPLASTICO</i>	83
<i>TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI.....</i>	84
<i>LA MODULAZIONE DEL DOLORE.....</i>	85
<i>L'EFFETTO PLACEBO</i>	86
<i>L'IPNOSI.....</i>	88
ASPETTI PSICODINAMICI DELLE RELAZIONI DI CURA	92
<i>L'ORIGINE DELLA SOFFERENZA PSICOPATOLOGICA</i>	92
<i>I FATTORI IN GIOCO NELLA RELAZIONE.....</i>	94
<i>TIPI DI RELAZIONI MEDICO-PAZIENTE</i>	96
<i>PROSPETTIVE PSICOLOGICHE DELLE RELAZIONI MEDICO-PAZIENTE</i>	103
<i>SINTESI</i>	105
IL DOLORE E LA SOFFERENZA NELLA MALATTIA MENTALE: IL DRAMMA DELLA LIBERTÀ	107
SALUTE E SALVEZZA DELL'UOMO: IL MALE E LA SOFFERENZA, UNA SFIDA PER LA RAGIONE E PER LA FEDE	112
<i>L'UOMO CERCA LA FELICITÀ, NON IL NULLA.....</i>	112
<i>IL MALE COME PRIVAZIONE E LA SUA POTENZA</i>	115
<i>DUE OPPOSTE INTERPRETAZIONI: LA CREDENTE E L'ATEA</i>	118
<i>LA SOFFERENZA COME LAVORO</i>	123
APPENDICE. LETTERA APOSTOLICA "SALVIFICI DOLORIS" DI GIOVANNI PAOLO II (BRANI SCELTI)	127
<i>IL MONDO DELL'UMANA SOFFERENZA.....</i>	127
<i>ALLA RICERCA DELLA RISPOSTA</i>	128
<i>GESÙ CRISTO: LA SOFFERENZA VINTA DALL'AMORE.....</i>	129
<i>PARTECIPARE ALLE SOFFERENZE DI CRISTO.....</i>	132
<i>IL VANGELO DELLA SOFFERENZA.....</i>	133
<i>IL BUON SAMARITANO</i>	134

AUTORI E CURATORI DEL VOLUME

- Evandro Agazzi, professore ordinario di Filosofia Teoretica e già professore di Filosofia della Scienza, Università di Genova. Presidente dell'Académie Internationale de Philosophie des Sciences (Bruxelles)
- Paolo Bellavite, medico chirurgo, professore associato di Patologia Generale, Università di Verona
- Luca Belli, medico chirurgo, radiologo, responsabile Servizio Diagnostica per Immagini, Istituto Clinico "Mater Domini", Castellanza (VA)
- Laura Bertelé, medico chirurgo, fisiatra e psicologa, Merate (LC).
- Gerardo Bertolazzi, medico chirurgo, psichiatra, dirigente dell'Unità Operativa Psichiatrica Complessa dell'Area Sud dell'A.S.L. 22 di Verona e Responsabile di Medicina e Persona di Verona
- Giuseppe Colombo, professore associato di Antropologia filosofica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Brescia
- Paolo Musso, docente di Filosofia della Scienza, Università dell'Insubria di Varese
- Riccardo Ortolani, medico chirurgo, immunologo, presidente della Associazione Giovanni Scolaro per la Medicina Integrata, Verona
- Alessandro Perini, medico chirurgo, Psicoterapeuta, Ricercatore Universitario Confermato presso la Cattedra di Terapia del Dolore, Università di Verona
- Paolo Aldo Rossi, professore ordinario di Storia del Pensiero Scientifico, Università di Genova
- Marcello Santi, medico chirurgo, psichiatra e psicoterapeuta, vicedirettore dell'Ospedale Villa S. Giuliana di Verona
- Marialucia Semizzi, medico chirurgo, internista, esperta in Medicina Tradizionale Cinese, Verona
- Mario Zatti, professore ordinario di Biochimica Clinica, Università di Verona

PREFAZIONE

Sono stato particolarmente confortato nel ritrovare in questo lavoro molti accenti che, essendomi talora occupato di questi temi, mi sono divenuti familiari. Penso all'inscindibile nesso tra salute e salvezza (all'interno del quale si iscrive anche quello tra dolore e sofferenza cui si ispira il titolo del volume) o a quello tra atto clinico ed arte terapeutica...

In un panorama scientifico in cui le specializzazioni, sempre più analitiche e sofisticate, si moltiplicano in misura esponenziale e l'organismo della medicina sembra ormai inesorabilmente avviato verso una sempre più marcata disarticolazione, il presente volume ha il pregio di saper individuare alcune sfide che oggi il mondo medico è chiamato ad affrontare.

Sinteticamente esse sono racchiuse nelle parole totalità e unità.

E il lavoro di cui il volume – secondo un opportuno taglio multidisciplinare - dà conto mostra che tali sfide non solo possono essere raccolte ma, di più, che solo raccogliendole è possibile restituire all'ammalato e agli operatori sanitari la loro inalienabile identità di soggetti, oggi così spesso trascurata nei luoghi della salute. In questa direzione l'esplicito riferimento alla fede, documentato tra l'altro dagli ampi stralci della Salvifici doloris di Giovanni Paolo II, non è un superadditum, quasi un'appendice - doverosa per dei cristiani - di un percorso autonomo, ma l'orizzonte adeguato di una cura che voglia essere veramente tale. Strada, cioè, alla vera guarigione, rendendone accessibile senza soluzione di continuità l'intero percorso. Dal successo clinico - sempre comunque temporaneo - fino alla consegna nelle braccia del Padre, luogo della definitiva salvezza di ogni uomo.

La fede apre all'uomo la possibilità, vertiginosa ma reale, di rispondere all'eterna insopprimibile domanda di salute/salvezza che sgorga dal suo cuore conducendolo, attraverso la consegna totale di sé nella sembianza della morte, alla speranza certa della resurrezione nel suo vero corpo.

+ Angelo Card. Scola
patriarca

Venezia, 7 ottobre 2004

INTRODUZIONE

A cura di Paolo Bellavite, Paolo Musso, Riccardo Ortolani

La realtà ineludibile del dolore e della sofferenza tocca ogni persona, ma la questione interessa anche “professionalmente” medici, infermieri, filosofi, poeti, teologi e rappresenta un continuo stimolo per la ricerca scientifica ed il sistema sanitario. Si tratta di un campo in cui le risposte della scienza, pur importanti, si integrano con altre riflessioni: il dolore, umanamente vissuto come contraddizione, appare ultimamente come un grande enigma, inscindibilmente legato al mistero dell’uomo e dell’esistenza stessa dell’universo.

Abbiamo riunito i contributi di medici, filosofi e scienziati, partendo dalle relazioni svolte ad un corso di formazione, accreditato e.c.m. per tutte le professioni sanitarie, dal titolo “Il dolore: sfida per la ragione umana e per la medicina”, organizzato dall’Osservatorio per le Medicine Complementari di Verona e dall’Associazione Medicina Integrata “Giovanni Scolaro”. Al nucleo di tematiche, fornito dai relatori di tale corso, si sono poi aggiunti altri lavori, che abbiamo inserito per dare una panoramica più ampia (allargando l’orizzonte anche ad altre culture, diverse da quella scientifica ed occidentale) e fornendo alcuni approfondimenti su aspetti più specifici come la malattia mentale ed il linguaggio emozionale del corpo. Il libro quindi presenta una ricca pluralità di stili, di accenti, di teorie e di esperienze, di cui l’aspetto unificante è l’esigenza di un approccio capace di integrare tra loro le diverse dimensioni della cultura e della prassi sanitaria, anziché contrapporle come è a lungo accaduto negli ultimi secoli e come spesso accade ancora. L’aspetto forse più interessante del lavoro che qui presentiamo sta proprio nel mostrare come queste esigenze di una maggiore organicità ed integrazione, che peraltro corrispondono ad esigenze che sempre più spesso vengono avanzate dagli stessi pazienti, si stiano facendo largo, pur tra molte resistenze, anche all’interno degli ambienti medici e scientifici.

La parola “senso” è ricchissima e poliedrica: senso è innanzitutto il “*sentire*” dell’essere vivente (v. organi di senso), per cui nel caso del dolore si tratta di comprendere in cosa consiste tale sensazione, sia sul piano fisico, sia su quello psicologico. Ecco quindi l’interessante distinzione, posta da più di un contributo, tra “dolore” e “sofferenza” e tra “dolore” e “malattia” (della quale il primo spesso è un sintomo), ecco anche il tentativo di decifrare i linguaggi con cui corpo e psiche esprimono la sensazione di disagio fisico ed emozionale.

Ma cercare il senso di un fenomeno è cercarne soprattutto il “*significato*”, cioè vederlo come un messaggio che rimanda a qualcosa di più, come un *segno* di qualcos’altro. Ecco quindi che, alla ricerca di tale significato del dolore, si volge l’attenzione a ciò che “sta prima” e “sta dentro” al sintomo. Il dolore con cui si confronta ogni giorno l’operatore sanitario ha origine nella malattia e quindi, per

capire l'origine del dolore, è utile soffermarsi sulla natura del fenomeno "malattia" ed ancora più radicalmente sulla questione del male nell'universo fisico e nella vita spirituale dell'uomo.

Senso è, infine, ciò che indica il "verso", la "direzione" di un moto (v. "senso unico", "senso vietato", ecc.). Perciò la parola apre una prospettiva verso un possibile *scopo* del dolore e della sofferenza. L'importanza di comprendere lo scopo, il fine di un certo fenomeno è evidente, perché solo così è possibile operare praticamente, favorendo, orientando o eventualmente bloccando, se necessario, il fenomeno stesso. Se il dolore, fisico o spirituale, non avesse alcuno scopo, esso sarebbe da combattere ed eliminare in tutti i modi possibili. Se invece avesse qualche scopo, esso sarebbe da rispettare o comunque da controllare in modo che raggiunga il suo fine. Sotto questa luce, ricerca di "senso" diviene quindi ricerca di *cure efficaci ed appropriate*, dove la parola "cura" è usata nel suo duplice significato di "terapia" e di "assistenza" (prendersi cura di qualcuno). Quest'ultima attività non viene meno, anzi diviene più importante, proprio allorché la terapia mostra i suoi limiti tecnici e non è risolutiva. Qui sono riportati molti esempi, nella forma di testimonianze vissute, di come la cura coinvolga integralmente la persona del malato e dell'operatore sanitario, nelle diverse dimensioni tecniche ed umane, nel contesto fornito dal sistema sanitario.

Il primo contributo (Agazzi) ripercorre la storia della progressiva rottura dell'unità psico-fisica dell'uomo, fino alla rottura della sua stessa unità fisica, con l'affermarsi della concezione meccanicista, che vede il corpo come una semplice macchina. Conseguenza immediata della prima rottura (maturata, è bene notarlo, in ambito filosofico prima ancora che medico) è la tendenza a trascurare come irrilevante la dimensione soggettiva della malattia e quindi a trascurare il malato come persona. Ma, nota Agazzi, "niente è più reale della vita, per chi la vive, e nessuno può vivere la propria vita se non in prima persona, cioè come *soggetto*". Di conseguenza, in questo caso "è proprio la soggettività il marchio genuino della realtà" e perciò "è la medicina (sia essa scientifica o no) che viene misurata e giudicata in base alla sua capacità di rispondere alle esigenze dell'*esperienza vissuta* patologica, e non viceversa". Di tale esperienza vissuta fa parte la *sofferenza*, intesa come distinta dal semplice dolore: la sofferenza è infatti caratterizzata dalla mancanza di senso dell'esperienza dolorosa che si sta vivendo. Ma la ricerca del significato è, per definizione, qualcosa che va al di là del dominio della scienza. Per questo Agazzi auspica che, come già accaduto per la psicologia, "anche discipline chiaramente non-scientifiche vengano riconosciute come altrettanto legittime e utili" come possibili aiuti da affiancare alla visione medica.

Nella maggior parte dei casi le patologie derivano da cause multifattoriali e fenomeni dinamici, che coinvolgono diverse sfere della vita dell'individuo, come persona che vive in un certo ambiente. La medicina scientifica ha scoperto un'enorme serie di meccanismi biologici che controllano la salute ed il cui malfunzionamento, in presenza di vari fattori patogeni esterni, può implicare malattia. Tali fattori e meccanismi oggi possono essere descritti nei più fini dettagli molecolari. Tuttavia, solo una minima parte delle malattie hanno un meccanismo molecolare singolo e preciso, causa necessaria e sufficiente della emergenza fenotipica del disordine informazionale genetico. Ecco perché, al fine di comprendere le cause di malattia (e quindi affrontare razionalmente il problema della prevenzione e terapia), è necessario utilizzare approcci sistemici e le scienze della

complessità (Bellavite).

Il terzo contributo (Zatti) va ancora più a fondo nella domanda sull'origine del dolore e della malattia, affrontando il (difficile) tema della incompletezza della natura, tema in cui si intrecciano riflessioni filosofiche e nozioni scientifiche sulla struttura fisica del nostro universo che offrono qualche spunto alla domanda sul suo senso ultimo, proprio a partire dal problema del dolore, che è posto in stretta relazione con la complessità e la libertà umane. Seguendo una tradizione di pensiero che si può far risalire, in definitiva, fino agli atomisti greci ed alla loro teoria del *clinamen* (indeterminatezza), Zatti ritiene infatti che la libertà sia possibile solo se la materia di cui è costituito l'universo ed in particolare il nostro organismo non ubbidisce totalmente a regole meccanicistiche, fisse e prevedibili. Ciò vale sia per quanto riguarda in generale l'ambiente (la biosfera), sia per quanto si riferisce alla relativa instabilità dell'ordine biologico e, quindi, anche alle malattie.

Uno sguardo storico sui modi in cui l'uomo ha risposto alla sfida del dolore ci viene da altri contributi, i quali sono rivolti all'antichità classica greco-romana (Rossi), alle origini degli ospedali in occidente (Belli) ed alle medicine orientali (Semizzi). Nonostante alcuni elementi del quadro concettuale di riferimento delle pratiche mediche orientali (come il *karma*, la reincarnazione, il panteismo, le misteriose "energie" non chiaramente definite, ecc.) risultino estranei alla nostra cultura,¹ si sta incominciando a comprendere che la possibile efficacia di tali metodologie può in parte essere valutata utilizzando il metodo scientifico.

Quanto nell'assistenza ai sofferenti siano stati implicati aspetti tecnici, umanistici e motivazioni religiose appare chiaro se si guarda retrospettivamente alla storia degli ospedali. In quei luoghi è maturato nel corso dei secoli il più grande impegno di assistenza e di cura alla persona umana sofferente. Qui sono delineate le questioni dell'organizzazione del lavoro ospedaliero, delle motivazioni degli operatori e persino degli aspetti architettonici, che hanno al centro il malato nella sua integralità.

Da tutto ciò risulta evidente che dolore e sofferenza vanno considerati come fenomeni che interessano tutto il sistema-uomo, nella sua globalità psicofisica, nei suoi risvolti emotivi e nelle relazioni con gli altri (Bertelé). Viene presentato un percorso di studio e dedizione che ha consentito di elaborare un originale metodo riabilitativo, che appare sotto la luce di una testimonianza toccante e coinvolgente di impegno professionale.

La giusta considerazione della componente soggettiva del fenomeno dolore aiuta dunque a cogliere problematiche inespresse e ad individuare i trattamenti più idonei. Ecco allora che il dolore fisico va controllato con tutti i mezzi scientificamente dimostrati efficaci e nello stesso tempo il paziente va compreso ed accompagnato nella sua esperienza di limite e di sofferenza, vincendo quei meccanismi psicologici ma anche quelle rigidità del sistema sanitario che spesso portano all'abbandono dei pazienti per cui non ci sono apparentemente possibilità di guarigione. Ciò si applica sia alle malattie organiche, soprattutto nelle fasi terminali (Perini), sia alle malattie della sfera psichiatrica (Bertolazzi). Si sottolinea la necessità di predisporre strategie terapeutiche multidisciplinari che integrino i provvedimenti farmacologici ed anestesilogici con quelli psicologici e riabilitativi. Grande importanza viene data alle complesse dinamiche psicologiche che scattano nella relazione tra operatore sanitario e paziente (Santi).

Nell'ultima parte del testo si torna alle domande fondamentali sul senso del dolore, domande che, soprattutto quando il dolore non trova completa soluzione

nell'approccio medico, divengono sfida alla ragione ed alla fede religiosa. Come ben evidenziato da Colombo, ogni uomo ragionevole cerca infatti per natura la felicità (S. Agostino), ma si scontra con il male ed il dolore. Sua prima reazione è chiedere aiuto per essere liberato da essi e, quando l'aiuto tarda a venire, si interroga sulla loro origine e sul loro perché. È solo quando passa attraverso questa domanda di senso che il dolore diviene propriamente sofferenza umana.

Nella storia dell'umanità si possono distinguere due risposte fondamentali: una ne fa semplicemente una conseguenza del meccanismo universale, l'altra lo collega al dramma della libertà umana, riconducendolo ad una qualche colpa originaria (pur variamente intesa nelle differenti tradizioni religiose) che coinvolge l'intero genere umano. A queste due posizioni corrispondono due diverse opzioni in ordine alla soluzione del problema. Quella atea infatti conduce all'autosufficienza dell'uomo, che deve venire a capo con le sue sole forze, puntando tutto, ultimamente, sulla tecnica, nella speranza (o meglio, nell'utopia) di riuscire, prima o poi, ad eliminare del tutto il dolore dalla propria esistenza. Diversa è invece la proposta cristiana, che, grazie alla redenzione operata da Gesù, conferisce un senso positivo al dolore, rendendo possibile assumerlo volontariamente, trasformando il semplice "patire" naturale in "sofferenza" umana liberamente accettata. Colombo sottolinea l'etimologia della parola sofferenza riconducendola a "*sufferre*" (sopportare), ma anche "*s'offrire*" (offrire se stesso).

Questo uso del termine sofferenza potrebbe a prima vista sembrare in contrasto con quello di Agazzi. In realtà però l'opposizione è solo apparente. Per entrambi, infatti, la sofferenza è qualcosa di riflesso, che nasce quando ci si chiede il *significato* del fatto, il provar dolore, ed è quindi un fenomeno *specificamente umano*. Se i due sembrano poi dividersi sul *valore* da dare alla sofferenza stessa, ciò dipende solo dal fatto che, mentre Agazzi sottolinea il momento in cui tale domanda di senso non trova risposta, Colombo si concentra invece sulla possibilità che una risposta positiva ad essa consenta all'uomo di *accettare* il proprio dolore, trasformandolo in sofferenza *liberamente assunta*, che si trasforma in forza di redenzione: ma si tratta, appunto, non di una opposizione, bensì solo di una differenza di accenti o di momenti che, anzi, a ben vedere risultano addirittura complementari.

In appendice riportiamo una lettera apostolica di Giovanni Paolo II, la *Salvifici Doloris*. Non potendo per la lunghezza riportare il testo integrale, si è fornita una scelta dei brani più significativi, a giudizio degli editori del libro. Benché la concezione cristiana della sofferenza ispiri già, in maniera più o meno esplicita, parecchi degli altri contributi, abbiamo ritenuto ugualmente che valesse la pena di proporre questa sintesi più organica di quella che è in ogni caso la cultura che sta all'origine della nostra civiltà e che, in particolare, ha ispirato non solo la nascita dei primi ospedali, ma anche una prassi di assistenza caritatevole e di volontariato che dura ancora oggi, senza dar segni di usura o cedimento, nonostante la crisi che per altri versi il cristianesimo sta indubbiamente attraversando. E questa è forse la migliore riprova di quanto profonda sia la sua risposta al problema del dolore, risposta che non sta in una posizione teorica, ma in un fatto avvenuto, la compagnia di Dio all'uomo nel suo figlio Gesù Cristo, che non toglie l'esperienza del dolore, ma rende possibile superarlo e trasfigurarlo nell'amore.

Così scriveva E. Mounier, un filosofo che sul tema del dolore ha molto riflettuto, anche per ragioni personali (la guerra) e familiari (la grave malattia della figlia

Françoise):²

Non voglio coprire in maniera puerile la sofferenza. No, la sola autentica sventura è soffrire *separatamente*, come volgendoci le spalle, quando non si avverte più nel male comune quella fraternità crudele, quell'intimità sofferta che ha la capacità di togliergli la spina profonda. Qualunque sia la sfumatura della sofferenza in me o in te, noi ci sentiamo alimentati ad una verità più grande delle sfumature, ad una verità eterna. Eterna, cioè presente, fedele, questa mattina come questa sera, anche se non le siamo fedeli, anche se non potessimo esserle fedeli in qualche parte di noi stessi, per distrazione, per imbecillità, per ebbrezza, o per sonnolenza.

¹ V. anche P. BELLAVITE, M. SEMIZZI, P. MUSSO, R. ORTOLANI, G. ANDRIOLI, *Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?*, in «Medicina e Morale», 5 (2001), pp. 877-904.

² Lettera a Paulette Mounier, Pasqua 1943 in: E. MOUNIER, *Lettere sul dolore*, Milano, Biblioteca Universale Rizzoli, 1995.

IL “SENSO” DELLA SOFFERENZA IN UNA PROSPETTIVA DI INTEGRAZIONE TRA UMANESIMO E SCIENZA

Evandro Agazzi

LA NATURA DELLA MALATTIA

Che tipo di “realtà” è la malattia? Nel suo senso fondamentale ha il tipo di realtà di un’*esperienza* umana *vissuta*, cioè di un’esperienza esistenziale che coinvolge completamente il soggetto che la vive e, perciò, non può essere esaurita da alcuno degli aspetti che la caratterizzano. Ad esempio, è ovvio che una malattia di solito implichi un grado più o meno significativo di *dolore*, o che spesso comporti un *danno* fisico più o meno serio, tuttavia non può essere identificata correttamente né con l’uno né con l’altro di essi. Piuttosto spesso un dolore, anche acuto, ci si presenta come un’aggressione che ci colpisce “dall’esterno”, causandoci un profondo disagio, ma di fronte alla quale siamo in grado di conservare la nostra autonomia e capacità di reazione, come accade anche nel caso di molte lesioni che colpiscono il nostro corpo. Nel caso della malattia, al contrario, ed anche di una patologia non particolarmente grave, percepiamo chiaramente un cambiamento globale del nostro *modo di essere e di vivere*: diventiamo incapaci di svolgere parecchie azioni e funzioni che sono assolutamente banali ed elementari; improvvisamente diventiamo del tutto dipendenti da altre persone; i nostri confini spaziali e temporali sono drasticamente ridotti; viviamo in modo palpabile una situazione di impotenza, limitazione, fragilità; la nostra capacità di fare progetti è fortemente ridimensionata; il nostro corpo, che fino a quel momento era una cosa sola con il nostro io, e rimaneva “non percepito” e “silenzioso”, diventa qualcosa che si erge di fronte a noi come un ostacolo esterno. In breve, sentiamo che “non siamo più noi stessi”. Queste caratteristiche generali sono notevolmente potenziate quando la malattia cresce in durata e gravità, quando comporta menomazioni importanti e durevoli, quando le prospettive circa la sua durata, le possibilità di guarigione, il possibile grado di recupero sono incerte, e diventano ancora più tragiche quando a tutto ciò si accompagnano un intenso dolore fisico e la prospettiva della fine.

Queste, ed altre cose del genere, sono la *realtà* della malattia, e sarebbe molto ingenuo sostenere che esse sono semplicemente i “corrispettivi soggettivi” di una situazione oggettiva che, ad esempio, la medicina è in grado di descrivere sulla base di criteri scientifici. Niente è più reale della vita, per chi la vive, e nessuno può vivere la propria vita se non in prima persona, cioè come *soggetto*. In questo caso, tuttavia, è proprio la soggettività il marchio genuino della realtà, e la persona malata si accosta al medico (o ad altre persone o istituzioni) allo scopo di uscire da quella personale esperienza vissuta che non accetta. Quindi, in ultima analisi, è la medicina (sia essa scientifica o no) che viene misurata e giudicata in base alla sua capacità di

rispondere alle esigenze dell'*esperienza vissuta* patologica, e non viceversa.

Ciò che è stato detto non mira a gettare un'ombra sulla medicina "scientifica", ma semplicemente a richiamare l'attenzione sul fatto che essa considera la malattia secondo un'ottica importante, ma parziale, che proprio per questo motivo può e deve essere integrata da altre ottiche in grado di accostare questa drammatica esperienza umana in base ad altre dimensioni. Appunto perché influenza direttamente e profondamente l'esistenza di noi stessi e di altri esseri umani che sono più o meno vicini a noi, la malattia non può evitare di suscitare quelle domande di *senso* che l'essere umano si pone quando il *negativo* fa irruzione nella sua esistenza. Tali domande possono essere dettate, in ultima analisi, dal desiderio di trovare un mezzo per espellere tale negativo (una volta comprese le sue ragioni e le sue cause), ma esse hanno inevitabilmente una portata più vasta e, per questo motivo, spesso chiamano in causa prospettive filosofiche, cosmologiche, antropologiche e religiose. Come tutte le esperienze vissute dall'uomo, la malattia non è affatto una cosa ovvia: deve essere, in primo luogo, capita e spiegata e, in secondo luogo, si può tentare di trovare un possibile *senso* di essa. Questa proposta, apparentemente semplice, apre tuttavia lo spettro delle diverse *interpretazioni* della malattia (cioè le risposte alla domanda: "Che cos'è la malattia?") e delle *spiegazioni* che si possono dare di essa. Esse dipendono, nel loro insieme, dalla *concezione dell'uomo* che una data persona, o una data cultura, accetta.

Le precedenti considerazioni indicano chiaramente che la malattia è un fenomeno *globale*, non solo nel senso che concerne *la totalità* di una persona, ma anche nel senso che include il riferimento a una totalità in cui l'uomo stesso è saldamente inserito, una totalità la cui considerazione sembra essere necessaria per *interpretare e spiegare* (in senso causale) l'insorgere della malattia così come il suo possibile *senso*. Tra l'altro, questa globalità concerne già il *corpo* umano: qualunque malattia colpisce il corpo "nella sua totalità", nonostante sia in qualche misura "localizzabile" in alcune parti del corpo (fatto, questo, che è stato spesso trascurato nella "moderna" medicina scientifica, per ragioni che tra poco considereremo). L'iscrizione della salute e della malattia in una prospettiva *globale* comprendente cielo e terra, influssi cosmici, disegni divini, forze magiche, implicava in molte culture una visione estremamente "sistemica" della medicina, in cui oggetto di quest'arte era non solo "la totalità" dell'*organismo* umano, ma anche "la totalità" dell'universo, del complesso materiale e della realtà immateriale in cui è collocata la *vita* umana. La ragione per cui questa prospettiva può essere chiamata "estremamente" sistemica è che essa comprendeva un gran numero di concezioni *metafisiche*, necessarie per dare un *senso* alla malattia, andando *oltre* ciò che è empiricamente accertabile e facendo ricorso a concezioni, credenze e pratiche offerte dalla religione e dalla magia.

Il modo di pensare sistemico, tuttavia, non ha abbandonato la medicina neppure quando essa è divenuta via via sempre meno carica di significati metafisici, cioè con lo sviluppo della medicina di tipo "razionalistico" che fu inaugurata in Occidente dall'antica cultura greca. Quando definiamo razionalistica questa medicina vogliamo sottolineare che altre prospettive mediche erano certamente "razionali" (come abbiamo cercato di dimostrare), ma corrispondevano a un tipo di razionalità meno rigoroso di quello inaugurato dai filosofi greci e che consisteva nel riconoscere come *conoscenza* solo il risultato dell'osservazione empirica e dell'argomentazione logica rigorosa. Nella cornice concettuale di questa medicina era ancora necessario "andare oltre" ciò che appare immediatamente nell'esperienza sensibile (una condizione che

è inevitabile in *qualunque* sforzo di comprendere e di spiegare qualsiasi tipo di realtà), ma le “realtà” ammesse in questa cornice teoretica erano più o meno dello stesso “genere ontologico” delle realtà empiricamente osservabili (e in questo senso erano “meno metafisiche”, come abbiamo detto). Certo, il “tutto ordinato” su cui si concentrava l’attenzione della medicina era l’organismo umano, il microcosmo in cui i quattro elementi che costituiscono ogni corpo materiale (aria, acqua, terra e fuoco) sono accompagnati dai quattro umori fondamentali (sangue, flegma, bile nera e bile gialla) e completati dalle quattro “qualità” che li caratterizzano (caldo, freddo, umido e secco), che a loro volta sono collegate alle quattro stagioni.

LA MODERNITÀ E IL DUALISMO ANIMA-CORPO

Cos’è cambiato con la nascita della medicina *moderna* (cioè della medicina i cui sviluppi iniziarono nel Rinascimento)? Certamente è cambiato molto, ma non in misura totalmente radicale. Se noi affermassimo che il cambiamento fondamentale consistette nell’applicazione alla medicina delle scoperte della nuova scienza, diremmo qualcosa di vero, ma sarebbe pur sempre una mezza verità (perché, dopo tutto, anche la medicina tradizionale non disprezzava i contributi offerti dalla scienza naturale del suo tempo). Il cambiamento più decisivo riguarda il nuovo *quadro concettuale* (e più precisamente la cornice *metafisica*) che caratterizza la modernità. Una caratteristica fondamentale di questo cambiamento consistette nell’introduzione di una netta scissione ontologica (inaugurata da Descartes) tra le “due sostanze”, la *res cogitans* (cioè il regno dello spirito) e la *res extensa* (cioè il regno della materia, identificato con tutto ciò che occupa spazio). Ora la *sostanza*, in base al modo in cui l’aveva definita l’ontologia classica, è tutto ciò che ha in sé la sua esistenza autonoma: perciò dividere la realtà in due tipi di sostanze equivaleva a concepirla come divisa in due ordini di esistenza completamente autonomi e senza interrelazioni. Una tale separazione era stata introdotta allo scopo di “salvare” le realtà spirituali di Dio e dell’uomo. Ma da quale minaccia dovevano essere salvate? Dalla minaccia del materialismo, che stava diffondendosi sull’onda dei successi cognitivi della nuova scienza meccanicistica. Questa, infatti, stava ottenendo risultati sempre più significativi “leggendo” il mondo sulla base dei soli concetti di materia e movimento. È vero che questa lettura riguardava solamente il mondo fisico, ma già stava affiorando la pretesa di estenderla alla comprensione di *tutta* la realtà, e questo avrebbe significato l’eliminazione culturale di qualsiasi discorso sul soprannaturale.

I vantaggi di questa (provvisoria) pace intellettuale, tuttavia, furono pagati a un prezzo piuttosto alto. Lasciando da parte le difficoltà più generali di tipo filosofico, è sufficiente, per il tema che ci interessa, considerare il prezzo pagato nella concezione dell’uomo. Questo consistette nella *rottura dell’unità dell’essere umano*, rottura che ha comportato anche una perdita della sua *identità*. Anche nell’uomo, si disse, coesistono due sostanze separate, il corpo e lo spirito, senza alcuna correlazione e interazione filosoficamente giustificabili. Lo spirito continuerà ad essere l’oggetto delle discipline tradizionali di tipo teologico e metafisico (che si sentono libere di ignorare la dimensione materiale). Il corpo sarà l’oggetto di studio delle scienze fisiche, cioè (in quel momento storico) la meccanica e, più tardi, anche le altre scienze naturali via via sviluppatesi. Interpretare il corpo umano in base alla cornice concettuale di una data scienza equivale, in sostanza, a concepirlo come una *macchina*, e infatti esso in seguito fu presentato (nella sua totalità o in alcune delle

sue parti) come una macchina meccanica, chimica, termica, elettrica e cibernetica.

Ma ci si potrebbe chiedere: che cos'è il *vero* uomo? All'interno della prospettiva dualistica, qualunque risposta a questa domanda sarà arbitraria: a seconda delle proprie opzioni personali, si dirà che il vero uomo è lo spirito, che solo accidentalmente e per caso si ritrova ad essere unito a una macchina materiale; altri diranno, al contrario, che il vero uomo è il suo corpo, di cui le presunte dimensioni spirituali non sono altro che epifenomeni. Di fatto, né lo spirito né il corpo sono sostanze in senso filosoficamente corretto, perché non esiste né uno spirito disincarnato, né un corpo (umano) disgiunto da tutte le esperienze vissute di tipo psichico e spirituale che accompagnano la vita dell'uomo. La vera sostanza è l'uomo nella sua integrità individuale, di cui corpo e spirito sono semplicemente due aree in cui è possibile suddividere concettualmente (ma non concretamente) le sue modalità di esistenza.

LA MEDICINA NELLA VISIONE DUALISTICA

Dopo le premesse appena delineate, è facile capire per quale via ha dovuto fatalmente incamminarsi la medicina moderna. Essendosi occupata tradizionalmente delle malattie del corpo, ed avendo ora a disposizione la conoscenza offerta dalle nuove scienze *fisiche*, la medicina non solo ha adattato i suoi quadri teorici all'interpretazione del corpo come macchina, ma si è sentita autorizzata (e quasi metodologicamente obbligata) a occuparsi unicamente del corpo, senza indulgere ad accettare riferimenti all'altra "sostanza", e addirittura considerando come pericolose confusioni tutte le considerazioni che vanno al di là di un modo fiscalista di trattare le questioni. In questo modo, quasi ai margini dell'opera di Galileo, prende forma, ad esempio, la iatromeccanica (cioè una concezione teorica dell'organismo e delle sue funzioni come un sistema di parti e azioni meccaniche, che diede origine a corrispondenti interpretazioni delle malattie, delle loro cause e terapie). Quando una tale prospettiva apparve troppo ristretta, le correzioni ad essa non furono cercate in quella dimensione dell'uomo che la scienza fisica non esplora, ma in una diversa scienza naturale, e acquistò una grande influenza la iatrochimica (qui il ruolo di scienza-leader nella lettura dell'organismo e nella deduzione dei corrispondenti corollari di tipo medico passò dalla meccanica alla chimica). In seguito, altre scienze naturali offrirono servizi simili, quando fu avvertita la necessità di ampliare i quadri teorici della medicina.

Se alla medicina interessa solo il corpo umano, e questo è equiparato a una macchina, la malattia equivale a un "guasto" della macchina, che dev'essere "riparato" nello stesso modo in cui si ripara qualunque guasto, cioè in primo luogo scoprendo la parte che è stata danneggiata, e poi cercando di ripararla o, se è necessario, sostituendola. In tal modo si verifica un'ulteriore rottura dell'unità: dopo l'unità dell'individuo umano, ora è l'unità del suo corpo che è perduta. Non solo si trascura il fatto che ciò che si ammala è l'individuo umano nella sua totalità (cioè che la malattia è in primo luogo un'esperienza vissuta personale), ma la malattia stessa è considerata come qualcosa che colpisce una determinata *parte* del suo corpo, cioè un fatto tipicamente *localizzato* (questo modo di vedere è in perfetta sintonia con il fatto di considerare il corpo essenzialmente come una *res extensa*). Perciò riceve un potente impulso quella tendenza che era apparsa nella medicina già all'inizio del Rinascimento, cioè lo spostamento dell'attenzione sulle patologie dei singoli organi,

che sarebbe stato ben presto supportato dagli sviluppi delle osservazioni sull'anatomia patologica, e questa è la radice di quell'approccio fortemente *specialistico* che ha caratterizzato in misura sempre crescente la medicina occidentale (non è un caso che persino oggi le malattie siano ufficialmente classificate come malattie di un certo organo o tessuto: cuore, fegato, polmoni, sangue, pelle, ossa e così via).

Anche in questo caso troviamo un'affinità con un atteggiamento mentale che è caratteristico della scienza moderna, cioè l'adozione del modo di pensare *analitico*: mentre il pensiero tradizionale era solito interpretare e spiegare il funzionamento delle parti alla luce del tutto (punto di vista *sistemico*), l'approccio moderno sostiene che le proprietà ed il funzionamento del tutto sono il *risultato* della disposizione e delle proprietà delle sue parti, e sono totalmente comprensibili e spiegabili in funzione di queste. Sarebbe impossibile negare le grandi conquiste ottenute nelle diverse scienze e nella medicina grazie all'adozione del metodo analitico; tuttavia oggi sono giustamente sottolineati anche i limiti di questa prospettiva, così come le reali distorsioni che essa può produrre. Ora però non possiamo soffermare la nostra attenzione su questo importante problema.

LA MEDICINA E IL RECUPERO DELL'INTEGRITÀ DELL'ESSERE UMANO

Ancora una volta, non vogliamo suggerire che la prospettiva della medicina fiscalista sia "sbagliata", ma semplicemente che è unilaterale o *parziale*: essa si concentra su certi aspetti fondamentali della malattia, ma non tiene conto del fatto che la malattia, per il paziente, è fondamentalmente una dolorosa esperienza vissuta e che, a causa di questo fatto, non è percepita ed interpretata nello stesso modo dal paziente e dal medico. Da molti punti di vista questo è inevitabile, ma ciò non giustifica la sistematica ignoranza di tale differenza nella percezione; in particolare non giustifica la diffusa convinzione che il *vero* volto della malattia sia quello che è presentato dall'approccio "scientifico", mentre l'altro volto è qualcosa che (nell'interesse stesso del paziente) è meglio non prendere in considerazione. Oggi ci stiamo rendendo sempre più conto che, per una corretta diagnosi e terapia, è importante che queste due immagini vengano paragonate e avvicinate il più possibile (cioè che il medico faccia un serio sforzo di "entrare" nel punto di vista del paziente). Non è detto tuttavia che la soluzione di questo problema debba essere trovata addossando totalmente la responsabilità al medico. Essa si basa, invece, sul recupero della consapevolezza dell'unità della persona umana, la cui conseguenza (facile da affermare, ma meno facile da mettere in pratica) è che la medicina deve guarire il paziente e non la malattia, poiché questa, lungi dall'essere la realtà concreta, diventa un'astrazione quando è separata dalla considerazione di *chi* ne è affetto.

La consapevolezza di questo fatto sembra divenire sempre più importante nell'attuale pratica medica, e ha portato a numerose e significative conseguenze, specialmente nell'ambito delle relazioni medico-paziente: si richiede un dialogo più "personalizzato" tra medico e paziente; per qualsiasi trattamento impegnativo è normalmente richiesto un "consenso informato" da parte del paziente; sta diventando sempre più abituale una "partecipazione" del paziente alle decisioni mediche, e via dicendo. Tutte queste sono cose buone, ma non sono ancora sufficienti per affrontare il problema di cui ci stiamo occupando specificamente, cioè il problema di aiutare il paziente a trovare un *sensu* alla sua malattia.

Ma perché, ci si potrebbe chiedere, il medico dovrebbe preoccuparsi di questo aspetto? Non sappiamo forse che la scienza non può assumersi un tale compito? Queste domande rivelano la persistenza della visione fisicalista della medicina di cui abbiamo già discusso prima. Certo, se ammettiamo che la medicina è una scienza applicata e nient'altro che questo, è chiaro che essa si rivolge al paziente solo come a un *oggetto scientifico*, e non come a una persona. Indubbiamente, la quantità straordinariamente crescente di apparati, procedure e macchinari tecnici impiegati per la diagnosi e la terapia costituisce un vero diaframma che si interpone tra il medico ed il paziente, e diviene un ostacolo alla considerazione di quest'ultimo come una *persona*. Ma cosa significa considerare il paziente come una persona? Significa, come abbiamo detto, rendersi conto che per lui la malattia è un' *esperienza vissuta* e che egli si aspetta dal medico (e in un certo senso dalla medicina) di essere liberato da un'esperienza così dolorosa. Fino ad ora abbiamo presentato quest'esperienza, appunto, come "dolorosa", cioè come un'esperienza di *dolore* generalizzato, e poiché questo dolore ha in sé componenti sia fisiche che psichiche, una medicina "umanizzata" del tipo che abbiamo appena delineato, e che oggi viene raccomandata con forza crescente, può contribuire in modo significativo alla riduzione o persino all'eliminazione di questo dolore. Sarebbe riduttivo, tuttavia, ignorare che in molti casi la malattia per il paziente non significa solo un'esperienza di *dolore*, ma anche di *sofferenza*, nel senso specifico di questo termine, cioè una situazione in cui un essere umano ha perso il riferimento a qualsiasi *eschaton*, a qualsiasi fine ultimo che possa dare un *senso* a tutta la sua vita ed alle differenti esperienze che vive. Perciò, quando il medico ha davanti a sé un paziente "sofferente", ha il dovere di aiutarlo a superare la sua *sofferenza*, e non solo il suo male fisico o psichico. Può farlo confidando esclusivamente nella sua competenza *medica*? A rigor di termini non può, a meno che non restituiamo alla medicina almeno una parte della dimensione *sistemica o olistica* che aveva in passato. In altri termini, potremmo dire che la stessa consapevolezza critica che ci ha portato a riconoscere i limiti di una medicina *iperspecializzata*, dovrebbe portarci a riconoscere i limiti di una medicina *ipermedicizzata*. Questo non significa che dovremmo invocare una diluizione della conoscenza medica con ingredienti che hanno a che fare con l'orizzonte metafisico di *senso*, ma che abbiamo bisogno di una medicina *integrata*, nel senso che nella pratica medica vengano presi nella dovuta considerazione anche altri aspetti della persona umana.

L'INTEGRAZIONE DELLA MEDICINA

Questo significa che, *oltre* alla medicina, anche altre ottiche devono aiutare il paziente a sfidare la sua impasse esistenziale, aiutandolo prima di tutto a superare quella forma di separazione di sé dal suo corpo che la malattia normalmente produce (quando il corpo diventa un ostacolo alla sua pienezza esistenziale), aiutandolo a vedere la malattia come una manifestazione della sua *finitezza*, senza trasformarla in angoscia, anche quando un completo recupero della salute appare improbabile; aiutandolo, soprattutto, a dare una qualche forma di *senso* positivo alla malattia stessa, portandolo a sentire che la malattia non colpisce gli strati più profondi della sua personalità, non sminuisce la sua *dignità*: può ridurre seriamente le sue possibilità di agire, ma non quelle di pensare, amare ed essere amato, desiderare, sperare e persino di incoraggiare altre persone col suo esempio.

Tutto ciò è possibile se non eliminiamo le altre dimensioni dell'uomo che non possono essere ridotte alla pura dimensione fisica. Il compito di coltivare queste dimensioni investe l'intera cultura di una data società, e specialmente la filosofia e la religione, la letteratura e l'arte, in breve tutto ciò che può aiutarci a mantenere vive e a dare un valore a quelle cose che forniscono una *ricchezza interiore* alla nostra vita e un senso non nichilistico alla nostra sofferenza e persino alla nostra morte. Molte esperienze mettono l'uomo di fronte alla sua fragilità e finitezza, ma poche di esse rendono evidente per lui questa situazione come lo fa la malattia: per questo motivo una malattia *vissuta bene* può rivelarsi perfino una delle esperienze più positive di un'intera esistenza (come dimostrano molti esempi storici).

Non stiamo sostenendo che un medico dovrebbe essere in grado di assumersi da solo questo compito tanto difficile. È necessario, tuttavia, che egli sia *aperto* a queste dimensioni, che abbia maggiore familiarità con quegli ambiti della cultura in cui esse vengono coltivate, e questo pone un problema concreto per quanto riguarda la *formazione medica*. Una volta che questa mentalità più aperta fosse raggiunta, non sembrerebbe strano che, nella pratica medica, venisse accolto anche l'aiuto di opportuni collaboratori non-medici. È già stato accettato, ad esempio, che gli psicologi possano assistere i medici nel trattare con certi pazienti, e questa concessione dipende dal fatto che la psicologia (e non solo la psichiatria) sta venendo ormai riconosciuta più o meno come una scienza. Il passo di cui abbiamo bisogno è che competenze chiaramente non-scientifiche vengano riconosciute come altrettanto legittime e utili.

LA MALATTIA COME DISORDINE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

Paolo Bellavite

*L'uomo ammalato è stato diviso in più regioni,
ognuna delle quali ha il suo specialista...
Ma l'uomo è molto di più dei dati analitici.
Convien quindi considerarlo nelle sue parti e nel suo insieme,
in quanto nell'ambiente cosmico, economico e psicologico
agisce come unità e non come molteplicità.
Alexis Carrel (L'uomo, questo sconosciuto).*

Alla base di qualsiasi pratica della medicina - preventiva, diagnostica o terapeutica - sta una concezione della malattia e delle sue cause, anche se il fondamento concettuale non viene sempre esplicitato. Poiché la malattia è un fenomeno complesso e coinvolge livelli diversi che vanno dagli eventi fisico-chimici alla persona nella sua integralità e persino la società (si pensi alle epidemie o, in modo ancora più vasto, alle guerre e al sottosviluppo), è ovvio che diverse prospettive, diverse teorie e prassi conseguenti sono desinate a convivere anche nello stesso periodo storico. Lo scopo di questo lavoro è di affrontare alcuni aspetti generali delle cause e dei meccanismi di malattia, partendo proprio dall'idea che nessuna concezione può dirsi esclusiva e totalizzante.

Nella storia della medicina si sono alternate, sovrapposte e persino combattute diverse teorie/prassi mediche discordanti proprio sul concetto fondamentale di come intendere la malattia. In breve, dopo una fase iniziale in cui vi era solo l'idea dell'intervento di forze oscure come il "fato" o di un "castigo divino", con la Scuola ippocratica si è passati a concezioni più empiriche e naturalistiche che prevedevano cause quali un conflitto - discrasia - tra gli "umori" (rappresentati da bile, flemma, sangue, linfa ecc...), per poi veder ricomparire delle teorie più vitaliste e spiritualiste (Ildegarda di Bingen, Paracelso, Stahl, Hahnemann) che, pur non derivandone direttamente, in qualche modo si possono collegare alle visioni "energetiche" e "olistiche" orientali, come quella che chiama in causa dei blocchi della circolazione dell'energia - "Qi" (chi) - nei meridiani dell'agopuntura.¹ Ad un certo punto, tra il Settecento e l'Ottocento, sono prevalse nettamente le teorie "iatrochimiche" e "iatrofisiche", in cui il corpo è visto come una macchina ed ecco che la malattia è stata vista come rottura di un meccanismo organico. Dopo l'era della patologia cellulare e l'epoca delle grandi conquiste della farmacologia chimica, oggi la "punta di diamante" delle concezioni scientifiche della patologia postula l'esistenza di errori quantitativi e/o qualitativi nel livello molecolare dell'organizzazione biologica e più

precisamente nel livello della molecola informazionale per eccellenza, il DNA.

Questa teoria (e tale deve essere considerata), che assimila la patologia ad un disordine molecolare, rappresenta l'estremo sviluppo del filone di pensiero medico razionalista e meccanicista, il quale è passato, concomitantemente alle possibilità tecnologiche, dal macroscopico al microscopico, dall'organo alla cellula e dalla cellula alla molecola. Il prevalere della concezione meccanicistica, sostenuto nel corso di tutto il XX secolo dal suo pratico successo nelle applicazioni diagnostiche e terapeutiche in molte malattie, ha portato ad una visione sempre più specialistica e tecnologica della medicina.

Oggi la medicina biomolecolare e tecnologica mostra i suoi limiti, innanzitutto teorici perché è evidente che il genotipo ha un ruolo importante ma non assoluto nel determinare il fenotipo (sia nella normalità sia nella patologia) ed è altrettanto evidente che non basta conoscere l'aspetto strutturale e molecolare per comprendere le dinamiche delle malattie, soprattutto quelle di tipo multifattoriale e sistemico.

Come afferma A. Scola:²

L'operazione, iniziata da Claude Bernard alla fine dell'800, di trasformare l'arte terapeutica in medicina sperimentale si può dire oggi conclusa con successo. Senza con ciò sminuire l'importanza di tale scelta non ci si può nascondere il pericolo che così la medicina, con la presunzione di un certo scientismo un po' arrogante, si lasci abbagliare dal miraggio della perfezione biologica. (...) Occorre riconoscere che la medicina sembra essere arrivata al capolinea di quel processo innescato dalla decisione di Claude Bernard di trasformare l'arte terapeutica in medicina sperimentale. Senza mettere in discussione l'imprescindibile riferimento alla scienza sperimentale, non si può evitare di denunciare il grave rischio che la medicina attuale ceda alla tentazione dell'utopia.

Di tale concezione dominante emergono anche limiti pratico-applicativi, legati essenzialmente alla spersonalizzazione dell'atto medico ed alla "medicalizzazione" della società, con tutte le sue conseguenze sociali ed economiche (manipolazione genetica, abuso della medicina estetica, abuso dei farmaci nelle pratiche sportive, dubbi crescenti sulla liceità e l'utilità dei vari screening pre- e post-natali, spese in crescita difficilmente frenabile e così via). L'enorme aumento delle conoscenze fornite dalla diffusione delle tecniche di analisi e particolarmente della biologia molecolare non pare sufficiente a "dominare" la complessità dei problemi sottostanti a molte patologie, anche delle più correnti, dovute spesso all'interazione di molteplici fattori individuali ed ambientali.

In medicina vi sono segnali di un cambiamento di tendenza. Si avverte il bisogno sì di nuove scoperte, su molti campi della genetica e della biologia che restano da esplorare e da perfezionare, ma soprattutto di un cambiamento di prospettiva nel senso di un nuovo incontro tra scienze sperimentali e scienze umane e sociali. Un notevole contributo in questo senso viene dalle discipline "a ponte" come la medicina psicosomatica, la neuroimmunologia, la bioetica, in generale le scienze dei sistemi complessi, che hanno avuto un notevole sviluppo dall'ultimo decennio del Novecento.³

Non si tratta, quindi, di criticare l'enorme contributo dell'approccio meccanicistico in medicina, ma di confutare la sua pretesa assolutistica, quando finisce con l'escludere approcci diversi e probabilmente più adeguati ai problemi attuali e futuri della medicina. Si tratta di capire che la teoria molecolare è preziosa se integrata con quelle che tentano di comprendere i fenomeni biologici e patologici secondo una prospettiva sistemica e complessa, che tenga conto di tutti i fattori in

gioco.

Se la malattia può essere vista come un “dramma” recitato da vari attori (fattori patogeni interni ed esterni, cellule, tessuti e organi, ecc.), qui non ci si interesserà tanto degli attori (cosa che richiederebbe un intero trattato) né della trama (diversa in ogni malattia ed in ogni singolo caso individuale) quanto di alcune “regole del gioco”, vale a dire di quei “modi di comportamento” dei sistemi viventi che controllano la salute ma anche determinano l’insorgenza e la progressione delle più comuni malattie, come quelle infiammatorie e degenerative. Tali aspetti, di tipo dinamico e sistemico, sono spesso trascurati dalle teorie patologiche correnti. Il discorso si sviluppa prevalentemente sul piano scientifico, ma cercheremo anche di suggerire qualche analogia col piano filosofico ed epistemologico.

LA COMPLESSITÀ BIOLOGICA

Qualsiasi essere vivente è un sistema complesso, il che significa non tanto “complicato” o fatto di molte parti (cosa ovvia ed evidente), quanto costituente un “insieme” funzionale le cui proprietà sono superiori alla somma delle parti che lo compongono.⁴ Le caratteristiche fondamentali dei sistemi complessi e particolarmente di quelli biologici sono la capacità di “*auto-organizzazione*” (l’emergenza spontanea di nuove proprietà dall’interazione delle parti), l’“*apertura*” ad altri sistemi (il continuo scambio di energia e informazione con l’ambiente) e la “*teleonomia funzionale*” (teleonomia è il termine scientifico che designa il fatto che i processi di trasformazione biologici hanno sempre uno “scopo”, o “funzione”, senza considerare i quali è praticamente impossibile comprenderne l’organizzazione e l’evoluzione).

La capacità di auto-organizzazione (quindi anche di apprendimento) dei sistemi complessi si basa sullo *scambio di informazioni*, vale a dire la comunicazione, tra le componenti ai diversi livelli (es. molecola-cellula-organo) ed all’interno dello stesso livello. Dalla dinamica interazione tra l’informazione genetica, che garantisce l’“identità biologica”, e l’informazione epigenetica, che continuamente modifica il sistema, nascono altre proprietà quali la “plasticità”, la “variabilità”, l’“adattamento”, la “memoria”, la “riparazione” e la “guarigione” dei sistemi biologici. Dal malfunzionamento delle stesse interazioni e proprietà funzionali nascono le malattie.

Quanto più si indaga il sistema vivente, tanto più vengono alla luce profondi e fini meccanismi di regolazione, senza che si possa costruire un modello definitivo, totalmente deterministico in senso meccanico classico. Già negli anni ‘50 del secolo scorso si iniziò a pensare alla biologia secondo un approccio sistemico, anzi si individuò nella nozione di sistema quasi il punto di convergenza di tutte le scienze. Vi sono infatti sistemi biologici, sistemi fisici, sistemi sociali, sistemi economici, sistemi di equazioni e così via; i sistemi possono essere a loro volta composti da altri sistemi. Il recente sviluppo dell’intelligenza artificiale e della matematica computazionale ha rinnovato l’interesse per l’approccio sistemico e l’antico concetto di sistema è stato generalizzato in quello di “rete dinamica” (“*network*”), che permette di rappresentare situazioni estremamente complesse.

Nell’accezione più astratta, una rete può essere concepita come un insieme di *nodi* tra loro collegati da relazioni (a esempio, di attivazione o inibizione) e, soprattutto, da retroazioni dirette o indirette (“*feed-back*”). Quando una rete è ben funzionante, ben “connessa” al suo interno, il comportamento dell’insieme regola il

funzionamento delle singole variabili, ciascuna delle quali dà il suo contributo alla regolazione delle altre. Così funzionano il metabolismo, il sistema cardiovascolare, la coagulazione del sangue, il sistema immunitario e via dicendo.

Il prototipo di rete è costituito dal sistema nervoso e su tale modello si è sviluppato lo studio delle cosiddette reti neurali, che trova applicazione in molti campi, dall'informatica alla medicina, alle scienze economiche e sociali. In questi modelli viene sottolineata la capacità che hanno le reti neurali di apprendimento e di memoria. Queste ultime proprietà sono dovute al fatto che l'informazione viene codificata come configurazione o schema (o "*pattern*") di diversi stati dei singoli nodi e come "forza" delle sinapsi, cioè delle relazioni informative tra i nodi, che possono in diversi tempi trovarsi più o meno attivati e capaci di rinforzo o adattamento. La memoria è una proprietà globale della rete.

La struttura basilare delle reti è data geneticamente, anche se nel corso della vita si possono formare nuovi nodi e soprattutto molte nuove connessioni. L'apprendimento è dato come storia dell'individuo: qualsiasi esperienza crea nuova memoria associativa. Da questo punto di vista, si introduce un'importante variante alla nota teoria evoluzionistica secondo la quale le specie cambiano per l'azione di errori casuali e della selezione naturale. L'evoluzione, secondo la prospettiva fornita dalle scienze della complessità, consiste nell'auto-organizzazione, certo sotto l'influsso dell'ambiente, di reti sempre più ampie e connesse.

In biologia ciascuna rete è in comunicazione con altre reti (cioè è "aperta") ed appartiene ad una gerarchia di sistemi su diverse scale di complessità. In altre parole, i nodi di una rete (es. sistema di organi) sono costituiti di altre reti di elementi più piccoli (es. cellule), all'interno delle quali a loro volta si trovano reti su scala molecolare, e via dicendo. La "logica" dei frattali (autosomiglianza al variare di scala, ovvero "il tutto nel frammento") è tipica di qualsiasi sistema, dal complesso enzimatico alla società.

Una caratteristica dei sistemi a rete è che essi possiedono, teoricamente, un numero altissimo di diverse configurazioni possibili ("gradi di libertà"), perché è altissimo il numero delle combinazioni degli stati dei diversi nodi, ma manifestano sempre una naturale stabilizzazione in un numero piccolo di stati, detti "attrattori". Gli "attrattori" sono, idealmente, delle posizioni (o comportamenti ciclici) nello spazio delle fasi⁵ verso cui un sistema dinamico converge ed entro cui si mantiene nel tempo. Infatti, in tale spazio il sistema si sposta continuamente perché le influenze tra i nodi tendono continuamente a modificare gli schemi rappresentati. Tuttavia, non tutte le posizioni (o schemi) sono energeticamente altrettanto favorevoli, cosicché una configurazione tende, col tempo, a trasformarsi in un'altra (tecnicamente si dice a "rilassarsi"), nella direzione in cui la sua energia libera è minore, quindi a raggiungere una "buca di potenziale", sul fondo di un "bacino di attrazione". Nello spazio delle fasi possono esservi diversi bacini di attrazione o "minimi" di energia, separati da "dossi" o "picchi", come in un paesaggio fatto di monti e di valli. La struttura geneticamente determinata, la disponibilità di energia e, soprattutto, gli scambi di informazioni, "condizionano" la libertà del sistema di cambiare forme e comportamenti nello spazio e nel tempo.

Infine, un aspetto della complessità, recentemente divenuto oggetto di numerosi studi, sta nel fatto che si evidenzia spesso un comportamento "intermedio" tra ordine e disordine, che è detto caotico. La dinamica caotica non equivale al "disordine", ma implica come caratteri distintivi la grande sensibilità alle condizioni iniziali (o alle

perturbazioni) ed un certo grado di imprevedibilità dell'evoluzione del sistema in tempi successivi. Se consideriamo i sistemi complessi e caotici sul piano della struttura, osserviamo che il loro aspetto non è quello di geometrie regolari e classiche, ma rappresenta forme cosiddette frattali, vale a dire strutture frastagliate e ramificate (coste, nuvole, alberi, vasi sanguigni, neuroni, e così via). I frattali, elaborabili anche con algoritmi matematici, sono le geometrie del caos. Curiosamente, prima che applicazioni in medicina (soprattutto in cardiologia e neurologia), la teoria del caos è nata da studi in campo meteorologico ed ha oggi importanti applicazioni per l'analisi delle dinamiche economiche.

I sistemi biologici hanno quindi una “doppia natura”, in quanto contengono tanto elementi necessari (deterministici), che si manifestano con forme e comportamenti regolari e prevedibili, quanto elementi casuali (indeterministici), questi ultimi responsabili di variabilità e improvvise “biforcazioni” evolutive. All'approssimarsi dei punti di biforcazione, hanno una parte essenziale le fluttuazioni (che possono essere causate sia da elementi interni al sistema stesso, che esterni), che lo rendono prevedibile per ciò che concerne la traiettoria sulla quale il sistema proseguirà.

Il passaggio da ordine a caos può avvenire per minime variazioni dei parametri di controllo della funzione e/o minime perturbazioni, il che, nelle situazioni fisiologiche, implica una marcata non-linearità, cioè la non-proporzionalità tra stimolo e risposta (il cosiddetto “effetto farfalla”). Attraverso l'amplificazione di piccole fluttuazioni, il comportamento caotico può fornire ad un sistema naturale l'accesso alla novità ed alla flessibilità rispetto al mutare dell'ambiente. Il “tallone di Achille” di tale proprietà dei sistemi dinamici sta nel fatto che essi sono anche suscettibili di perturbazioni in senso patologico, se occorrono particolari condizioni.

IL MODELLO PATOGENETICO

I sistemi complessi, e tanto più l'uomo, hanno grandi capacità di adattamento (cambiare in funzione dell'ambiente) ma – forse proprio per questo - sono anche particolarmente vulnerabili all'errore ed alla patologia.

Si è detto che la stessa rete può codificare diverse memorie associative e può trovarsi in diversi attrattori, ha cioè una certa “libertà” di assumere diversi comportamenti, diversi schemi, diversi stati di auto-organizzazione, a volte in forme fisse, a volte (probabilmente più spesso) in forme cicliche. Alcuni attrattori sono più compatibili con la salute dell'organismo, altri meno e richiedono più consumo di energia per il mantenimento dell'equilibrio del sistema e l'eventuale reintegrazione delle forme normali.

Venendo a considerare, schematicamente, le “regole generali” di sviluppo di una malattia-tipo, possiamo partire dal caso in cui uno o più nodi di una rete biologica siano parzialmente inefficienti sin dall'origine, cioè caratterizzati da un piccolo difetto genetico (predisposizione) o da una suscettibilità dovuta a precedenti danni causati da altri fattori (es.: condizionamenti parentali, stile di vita, alimentazione, ecc.). Di fatto, la stragrande maggioranza dei bambini viene al mondo in uno stato di salute, ma la salute perfetta non esiste: se non altro a causa dei numerosi polimorfismi genetici⁶ nella popolazione, ogni individuo presenta sin dal concepimento qualche parziale deficit in qualche gene o sistema di geni, che, pur non costituendo un meccanismo necessario e sufficiente di malattia, rende relativamente meno efficiente qualche parte del sistema biologico. Su tali predisposizioni, o

“suscettibilità”, si inseriranno i fattori patogeni esterni (fattori chimici, fisici, microbiologici, carenziali, ecc.) e si verificherà il danno biologico, primo dato evidente del fenomeno che chiamiamo malattia.

Definiamo come *danno* una modificazione strutturale (ai vari possibili livelli che si sono considerati) che rappresenta una deviazione patologica, quindi indesiderabile, dalla normalità (concetto quest’ultimo che per il discorso qui sviluppato possiamo dare per scontato, pur precisando che certamente esso non coincide con la normalità statistica, la media di una popolazione, ma ha molti aspetti soggettivi). Mentre negli esseri inanimati il danno rimane indefinitamente, nel vivente esso provoca ben presto delle *reazioni*, che vengono a far parte integrante del fenomeno-malattia. Il primo danno viene segnalato, in sede locale e generale, ai nodi connessi alla parte danneggiata, i quali rispondono attivando o rallentando le loro funzioni, secondo il tipo di connessioni (ad esempio, durante una malattia infettiva avremo da una parte aumento di temperatura e di circolazione, dall’altra diminuzione di forze e di appetito). La reazione si diffonde secondariamente agli altri nodi, innescando una serie di passaggi consequenziali e spostando la rete in una zona, nello spazio delle fasi, che si dice “lontana dall’equilibrio”, dove la spesa energetica è più alta. Energia viene spesa sostanzialmente per far fronte al “disequilibrio” tra i nodi che sono reclutati nella reazione.

Dalla prima rete coinvolta (es. a livello locale, in un determinato tessuto se si tratta di un’infezione) partono messaggi che “reclutano” altre reti nelle risposte integrate al danno (es. a livello del midollo osseo si avrà aumento di produzione di globuli bianchi). Dopo vari passaggi ed aggiustamenti, infine, come si è visto nei modelli delle reti neurali, la rete si “rilassa” in uno stato di minore spesa energetica (guarigione, con raggiungimento dell’attrattore fisiologico).

Chiamiamo questo nuovo stato come un *adattamento fisiologico*. Di solito, i nodi che hanno partecipato alla reazione rimangono rafforzati per un tempo più o meno lungo, cosicché lo stato della rete non si può definire identico a quello iniziale, permanendo una “memoria associativa” dell’esperienza fatta (es. tipico ma non esclusivo la memoria immunitaria). Un eventuale secondo incontro con il fattore patogeno innesca una risposta pronta ed efficiente, con un minimo allontanamento dall’equilibrio e minor rischio di malattia.

Non tutte le reazioni al danno sono però da considerare fenomeni negativi, molte decorrono persino in modo asintomatico

La malattia acuta

Sulla dinamica naturale di adattamento e reazione si possono instaurare processi francamente patologici, che sono più propriamente chiamati “malattie”. Queste ultime compaiono quando il danno iniziale è grave (ampio o molto consistente sul piano delle modificazioni organiche) oppure, più comunemente, quando il danno scatena una reazione non proporzionata, inefficiente o distorta. Si verificano quindi ulteriori danni (malattia “acuta”), causati non solo e non tanto dal fattore scatenante iniziale, quanto dalla reazione stessa. Esempi di tale processo sono l’ascesso, la trombosi, un attacco acuto di allergia, lo shock, la sindrome da distress respiratorio, il danno ischemico e post-ischemico, gli attacchi di panico, ecc.

Solitamente, anche questo danno, secondario alla reazione sproporzionata, inefficiente o distorta, può essere riparato dall’intervento di reazioni più ampie e

generali (ad esempio la maturazione di una risposta immunitaria efficace verso il microrganismo, la riparazione delle lesioni di continuità epiteliali e connettivali, la rigenerazione di cellule delle ghiandole esocrine ed endocrine, l'intervento, su scala cellulare, di sistemi di detossificazione e riparazione biochimici, ecc.), cosicché si può rientrare nella reazione proporzionata ed avere la guarigione (spontanea o medicalmente assistita, se l'intervento è appropriato). Le malattie acute tendono a guarire "da sole", ma se il danno ha interessato un organismo affetto da varie predisposizioni o suscettibilità dovute a fattori concomitanti (età, alcol, droghe, gli stessi farmaci se assunti in dosi inappropriate), la reazione può essere eccessiva o distorta, così da mettere a rischio la vita del paziente o causare invalidità permanenti (*stati patologici*).

A parte l'ovvia importanza dell'intensità del danno iniziale, cosa potrebbe determinare, in una malattia acuta, quell'"errore" che porta ad una reazione francamente patologica? Evidentemente, la reazione "locale" (di una rete o di una parte della rete) avviene in modo non controllato dalle necessità dell'organismo nel suo insieme, in modo *non teleonomicamente orientato*. Vi è una dissociazione tra eventi reattivi locali e l'omeodinamica generale, un errore di "valutazione" dipendente da un difetto di comunicazioni e di integrazioni dell'intero organismo. Si potrebbe quindi sostenere che la malattia "acuta" e "locale" è scatenata da qualche fattore patogeno esterno, ma la reazione diviene francamente patologica quando sussiste un disordine organizzativo "sistemico" e "precedente" (predisposizione o suscettibilità).

Il caso più emblematico di tale situazione è rappresentato dalle malattie genetiche, come quelle da immunodeficit (che sono la "base" di insufficienza cronica che favorisce l'azione patogena del microrganismo che altrimenti sarebbe stata impossibile) o da disturbi della coagulabilità del sangue e della fibrinolisi (che sono la base di patologie acute come le emorragie o le trombosi). Ma anche malattie infiammatorie meno gravi in sede locale, come ad esempio le allergie o le malattie reumatiche, sono legate a questo problema di suscettibilità. Qualsiasi squilibrio delle comunicazioni dinamiche generali, non solo di tipo genetico ma anche acquisito (es. errori dietetici, malattie concomitanti, stress psicologico), predispone all'errore interpretativo dei meccanismi che dovrebbero agire localmente a scopo reattivo e riparativo. Ad esempio, il sistema neuroendocrino può essere alterato profondamente da esperienze stressanti vissute in particolari momenti della vita: così, la prematura separazione dalla madre del piccolo di scimmia fa sì che, in età adulta, la scimmia stessa avrà una più elevata e prolungata secrezione di ormoni glucocorticoidi rispetto a scimmie di controllo, a parità di stimolo stressante. Anche nell'uomo, disregolazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene contribuiscono a patologie psichiatriche, immunitarie, tumorali ed al danno neuronale nell'invecchiamento.

Le malattie croniche

La visione moderna delle malattie croniche implica la presenza di diversi fattori interni (genetici) ed esterni (ambientali) che ripetutamente causano piccoli danni e che interagiscono causando un aumento di rischio di malattia. Recentemente, un intero fascicolo della rivista "*Science*" (vol. 296, 2002) è stato dedicato alle malattie "complesse"; la copertina del fascicolo aveva il significativo titolo "*The puzzle of complex diseases*". Le malattie moderne, vi si spiega, dipendono da molte cause (si

citano i geni, il fumo, l'inquinamento, i virus, la dieta, persino i farmaci) e dalle loro interazioni. Nonostante l'indubbio progresso che tale esposizione rappresenta rispetto al precedente approccio riduzionistico e meccanicistico tipico dell'editoria scientifica di alto livello, l'approccio alla "multifattorialità" come "interazione di molti fattori" non risolve, se non in modo molto rudimentale, la questione del "terreno" dove tali interazioni avvengono, né risponde alla domanda sul perché l'"ospite" non sia in grado di far fronte in modo efficiente ai molteplici fattori patogeni.

Chiaramente, qui si dovrebbe entrare molto più nei dettagli di singole malattie, dei vari fattori coinvolti, ma nonostante molte cose si sappiano, resta il fatto che i meccanismi generali di insorgenza e di consolidamento del disordine cronico restano largamente sconosciuti, soprattutto là dove si considerano le malattie dovute a fattori molto elusivi e leggeri e che, ad una apparente parità di cause, colpiscono un individuo sì ed un altro no, e, tra quelli colpiti, con manifestazioni oggettive e soggettive molto diverse. Se fosse sufficiente identificare i molteplici fattori patogeni per poi combatterli ed eliminarli, oggi la medicina avrebbe, almeno teoricamente, risolto la maggior parte delle malattie conosciute. Purtroppo, non è così, perché abbiamo molte tessere del puzzle, ma non sappiamo come metterle insieme. È necessaria una teoria più completa e più dinamica, che tenga conto sì dei vari meccanismi molecolari, ma anche delle complesse modificazioni che possono avvenire nei sistemi omeodinamici "sani" dell'individuo, durante la fase di reazione, quando essi sono perturbati dai fattori patogeni. Per affrontare il problema della malattia cronica con un approccio sistemico, che non nega l'importanza conoscitiva di quello analitico, torna utile riferirsi al modello delle reti dinamiche.

Di norma, la maturazione delle memorie associative (o rafforzamento degli attrattori fisiologici) rappresenta un "guadagno" di informazione o di sensibilità, che in fondo non è altro che un guadagno di trasmissione di informazione e/o di connettività del sistema. Tuttavia, nella reazione a qualsiasi danno o perturbazione vi è un momento (o un periodo) in cui il sistema si allontana dall'equilibrio, raggiunge uno stato di "incertezza", tale per cui la configurazione può "assomigliare" ad altre configurazioni, ciascuna delle quali appartenente a diversi bacini di attrazione. In termini tecnici, questo momento di incertezza si chiama punto di biforcazione nell'evoluzione di un sistema dinamico. A questo punto, è possibile che piccole perturbazioni ("imposizioni" di uno schema informativo) spingano la rete verso una diversa serie di comportamenti consequenziali e dinamici di reazione e poi di rilassamento, fino allo stato semi-stabile in fondo ad un bacino di attrazione anomalo. Rispetto all'adattamento fisiologico, questo nuovo attrattore dinamico può comportare una maggior spesa energetica (e sintomi di malattia) e la non completa riparazione del danno iniziale.

La cronicità della malattia, secondo il punto di vista che è qui illustrato, consiste nel fatto che alcune reti, per fattori di suscettibilità e per fattori intercorrenti nella storia individuale, nelle loro dinamiche di adattamento possono bloccarsi in stati semi-stabili, che sono detti "minimi locali", o attrattori, verso cui la rete è attratta come comportamento stabile o ciclico. L'asma e molte altre malattie croniche possano essere considerate come stati bloccati della rete: la patologia sottostante rimane perché la rete, trovandosi in un minimo locale, è incapace di per sé di tornare alla normale competenza regolativa. Benché le conseguenze di tale blocco disregolativo possano essere trattate (esempio: trattare gli asmatici con steroidi o i depressi con anti-depressivi), la patologia di base rimane e la malattia diviene

cronica. Per questo le terapie mirate solo a sopprimere i sintomi, particolarmente nei casi cronici, non sono risolutive.

Tale visione introduce quindi una nuova concezione della dinamica della patologia. Non sono più in gioco solo i molteplici fattori patologici (esterni o interni), ma anche un *errore* (che potrebbe anche essere casuale, o dovuto a piccoli fattori) della dinamica intrinseca auto-organizzativa del sistema in una certa fase, vicino ad un punto di biforcazione. Questo tipo di errore è normalmente sottovalutato nelle teorie scientifiche correnti, in favore delle modificazioni locali e formali, più “consistenti” ed oggettivabili sul piano cellulare, molecolare, ed anatomico. Queste ultime sono importanti elementi nella malattia, ma non spiegano tutto ciò che sta avvenendo nell’esperienza di malattia e quindi puntare solo su esse spesso non consente terapie adeguate.

Va notato che, vista dalla prospettiva del sistema “patologicamente adattato”, la propria condizione appare come una “normalità”, vale a dire si tratta comunque di uno stato di semi-stabilità raggiunto come un attrattore, a seguito delle circostanze e data la storia passata del sistema. Pertanto, ogni tentativo, anche di tipo terapeutico, di spostare la rete da tale posizione viene inizialmente percepito come una “minaccia” alla stabilità raggiunta, anche perché il sistema allontanandosi dal suo equilibrio rischia di cadere in un attrattore ancora peggiore di quello in cui attualmente si trova. Lo psicotico crede di essere “normale”, anche se soffre, ed in ogni caso ha paura che cambiando dovrà soffrire ancora di più.

Un ulteriore aspetto può spiegare e condizionare il cambio di attrattore che si verifica nella cronicizzazione: la desensibilizzazione di un nodo e la conseguente *perdita di connettività* della rete. I nodi troppo stressati nel corso delle reazioni omeodinamiche acute possono bloccarsi, perdendo le connessioni con il resto.⁷ Se uno o più nodi della rete perdono le connessioni informative, si ha una grossa complicazione nel processo patologico: si verifica un completo riassetto delle relazioni tra i nodi, che sortisce in un tipo di rilassamento nettamente diverso da quello fisiologico della rete. Si introduce un cambiamento profondo nelle dinamiche della rete, che passa – inevitabilmente - in un altro attrattore, definito dalle “nuove” regole di comunicazione tra i nodi. Da questo punto di vista, si può ricordare anche come la patologia cronica e l’invecchiamento siano spesso assimilabili ad una “semplificazione” degli schemi fisiologici, quindi una minor flessibilità e plasticità. In tal senso, le malattie croniche rappresentano un “eccesso di ordine”, nel senso di una patologica *riduzione della libertà* di movimento del sistema (sclerosi tissutale, manie ed ossessioni mentali, perdita di caoticità del ritmo cardiaco, semplificazione delle trabecole ossee, ecc.).⁸

A questo punto, l’effetto negativo prevalente non è più quello del danno iniziale del fattore patogeno su un nodo, ma quello del blocco funzionale alla rete provocato dall’insufficiente azione del nodo bloccato, a sua volta dovuta proprio alla desensibilizzazione indotta dallo stress subito. Questo disordine della rete non può cessare spontaneamente, neppure se si rimuove la causa iniziale (ammettendo che essa sia conosciuta), perché proprio il mancato funzionamento del nodo bloccato rallenta, se non impedisce, la piena omeodinamica di guarigione. Inoltre, il fatto che il nuovo attrattore abbia perso la normale competenza regolativa sottopone l’intero sistema ad un ulteriore sforzo di adattamento, con maggiore consumo di energia e con maggiori rischi di progressione del quadro patologico anche per le ripercussioni su altri sistemi che sono “in rete” con quello squilibrato ed inefficiente.

La patologia cronica è quindi essenzialmente interpretabile con due passaggi: 1) formazione di un adattamento patologico (attraattore), 2) perdita di comunicazione o perdita di connettività nelle reti complesse: tale perdita è deleteria perché è danneggiata la stessa funzione omeodinamica; a tale danno la rete risponde con un'ulteriore serie di adattamenti.

Si deve aggiungere che la distinzione tra malattie acute e croniche è utile concettualmente, ma non è così rigida nella pratica: una malattia acuta mal conclusa o mal curata può facilitare l'errore che porta alla cronicità, mentre la malattia cronica costituisce una base di disequilibrio e parziale perdita di integrità che rende l'individuo più suscettibile ai fattori patogeni e quindi all'insorgenza di malattie "acute" (al limite, di fatto, la morte insorge quasi sempre come quadro di shock).

Sintomi e segni

È importante attribuire il giusto significato ai sintomi e segni, onde favorirne il corretto uso in medicina. I "sintomi" ed i "segni" sono tutte le manifestazioni avvertite dal paziente o comunque osservabili del disequilibrio che segue al danno⁹. Tra essi sono inevitabilmente e spesso inestricabilmente presenti le manifestazioni del danno e delle reazioni. Ogni sintomo o segno deve essere associato a qualche modificazione delle reti dinamiche interne e, viceversa, qualsiasi modifica biochimica o fisiopatologia produce segni e sintomi in qualche modo rilevabili.

I sintomi sono elementi preziosi e vanno rivalutati come vie alla descrizione e soprattutto alla comprensione delle dinamiche patologiche. Spesso attraverso i sintomi si possono cogliere aspetti individuali, che altrimenti andrebbero perduti: essi rivelano la peculiare sensibilità e reattività individuale, il "modo di vivere" la malattia (che spesso è la cosa che più conta). Il linguaggio dei sintomi è per sua natura psico-somatico e quindi chiede un'interpretazione complessa e globale. Inoltre, la comparsa di sintomi è spesso una delle più precoci manifestazioni del disordine dell'omeostasi fisiologica.

Il vero confine tra fisiologia e patologia non si pone tanto a livello di sintomi quali la presenza o meno di dolore, né a livello di una normalità statistica, quanto a livello dei disordini dell'informazione e della comunicazione nei sistemi integrati del nostro organismo, gli stessi sistemi fisiologicamente deputati al mantenimento della salute.

Sia nella fase diagnostica, sia in quella terapeutica è importante non identificare i sintomi con la malattia, quindi si dovrebbe inquadrare il sintomo in un processo fisiopatologico. Come "regola" molto generale si potrebbe osservare che nelle dinamiche di malattia "acuta" i sintomi compaiono nelle fasi reattive "prima" della malattia vera e propria; la soglia dei sintomi è molto più bassa della soglia di comparsa di manifestazioni veramente ed intrinsecamente patologiche. In altre parole, vi sono molti sintomi anche in caso di una reazione normale, molti sintomi sono perfettamente fisiologici. Ad esempio il rossore, il gonfiore, la febbre in una infiammazione acuta sono quasi sempre del tutto fisiologici ed accettabili (del dolore si dirà qualcosa più avanti).

Viceversa, nelle malattie croniche, spesso i sintomi sono scarsi o subdoli, le modificazioni anatomopatologiche possono progredire per anni senza "allarmare" il paziente, finché si manifestano clamorosamente per la comparsa di complicazioni (es. malattie cardiovascolari, tumori). La soglia dei sintomi – almeno di quelli più appariscenti – è quindi più alta della soglia di comparsa dei danni strutturali e

organici, talvolta irreversibili. In tal caso, ovviamente, si tratta di intervenire con misure preventive, diagnostiche e terapeutiche prima che la malattia si manifesti con sintomi eclatanti.

Funzioni e “senso” del dolore

Il dolore è, ovviamente, uno dei sintomi più considerati della malattia, ma non coincide con essa. Se non esistesse il dolore locale, l'organismo non sarebbe in grado, per mancanza di segnali e di meccanismi, di compensare e di rimediare alla lesione. Il dolore di una ferita richiama l'attenzione sulla causa che l'ha provocata, ad esempio una spina o una scheggia, inducendo a rimuoverla; il dolore di un'ischemia può salvare dall'infarto o dalla gangrena, inducendo al riposo; il dolore di un'infezione dentale può salvare dalla setticemia (diffusione dei batteri nel sangue e quindi in tutto l'organismo), promuovendo l'infiammazione e quindi la difesa antibatterica. Il dolore quindi, da questo punto di vista, si presenta come un'esperienza biologicamente utile, che favorisce l'attivazione o il recupero e l'utilizzazione di una serie di funzioni difensive e adattative in modo più adatto alla sopravvivenza dell'organismo nel suo insieme.

Il dolore fisico è sempre associato a una situazione di attivazione, localizzata o generalizzata, delle risposte tessutali al danno. Esso rappresenta insieme sia un sintomo della malattia, ovvero un campanello di allarme (che, avvertito a livello centrale, induce a un comportamento protettivo), sia un meccanismo che di per sé mette in moto la risposta infiammatoria e riparativa a livello periferico. Gli stessi mediatori (istamina, serotonina, chinine, prostaglandine, neuropeptidi, ecc.) che causano dolore, in quanto irritano le terminazioni sensitive dei nervi, innescano la vasodilatazione che richiama sangue nell'area colpita e potenziano la funzione delle cellule delle difese biologiche (ad esempio i globuli bianchi).

Questo approccio alla problematica del dolore, soprattutto quello fisico, ne dà sicuramente una visione per certi aspetti positiva, che induce il medico (ed il paziente) a vedere il dolore non solo come un nemico da combattere ma come un momento, necessario, di passaggio verso uno stato di salute riconquistato. Tuttavia, tale visione del ruolo del dolore ha un limite allorché si considera l'esistenza di mali incurabili e di dolori assolutamente sproporzionati alla causa scatenante. Inoltre, l'uomo prova anche il dolore psicologico, morale e spirituale (il dolore per la perdita di qualcuno o qualcosa di caro, compresa la stessa vita, il dolore della coscienza del male in sé e nel mondo) e questo è il dolore più tipicamente umano. Per questo tipo di dolore una spiegazione fisiopatologica è chiaramente insufficiente.

Da tale punto di vista, è chiaro che il dolore non è totalmente negativo solo se chi lo prova riesce a trovarvi un senso e – nel solco delle considerazioni finora fatte – il senso potrebbe forse essere ritrovato nella possibilità che esso sia stimolo ed occasione per un aumento di comunicazioni, per l'apertura del soggetto e delle sue relazioni con gli altri. L'uomo è un sistema complesso, un insieme organizzato di molti piani sovrapposti, o di sfere concentriche: un livello fisico-molecolare, un livello cellulare-organico, un livello psichico-mentale, un livello spirituale e “ontologico”. Allora il dolore, che potrebbe non avere un senso su un determinato piano (ad esempio, sul piano cellulare e organico perché dolore incurabile e “non-curante”), potrebbe forse assumere un senso se visto in un contesto più ampio, costituito dal rapporto con i propri simili, con il Creatore, con una compagnia carica

di “significato”.

LA CAUSA “PRIMA” DEL MALE

Il discorso finora si è sviluppato sul versante scientifico, biologico, fisiopatologico e persino con i modelli concettuali di reti complesse. In conclusione vorremmo addentrarci in qualche riflessione di tipo più filosofico, ricollegandoci con tutte quelle tradizioni di pensiero che hanno ricercato anche su questo piano una spiegazione ed un senso al problema della malattia e ancora più in generale del male e della sofferenza. La domanda sull’origine prima del male nella natura, e quindi sul suo “senso” in una prospettiva cosmica, ha assillato da sempre l’uomo. Le varie possibili risposte esprimono le diverse visioni filosofiche e/o religiose, compendiandosi sostanzialmente (e molto schematicamente) in tre filoni:

1. le visioni orientali (induismo, buddismo, taoismo, etc.), che tendono a negare una reale consistenza al male, inserendolo in un ciclo cosmico in cui gli elementi “positivi” e “negativi” (es. *ying-yang*) sono entrambi necessari.
2. La tradizione giudaico-cristiana, per la quale Dio ha creato il mondo migliore possibile (“paradiso terrestre”), ma che poi si è corrotto per una colpa originale dell’uomo, che ha voluto essere come Dio.
3. La visione atea, la quale nega l’esistenza di un qualsiasi creatore o redentore e quindi attribuisce il male (o almeno quello che l’uomo dal suo punto di vista chiama male) alla pura casualità ed alle leggi intrinseche nella natura (“caso” e “necessità” nel senso di lotta per la vita).¹⁰

Una disamina di queste posizioni esula dagli scopi del presente lavoro, né abbiamo intenzione di trattare la questione sul piano teologico. Intendiamo qui proporre delle analogie tra il pensiero secondo la complessità e l’idea che il male sia legato essenzialmente, quindi originalmente, ad un cattivo uso della libertà. L’analogia tiene se si ammette in partenza che le “leggi fondamentali” della natura di cui si è parlato (retroazione, reti, caos deterministico, non-linearità, sensibilità etc.) si applicano su diverse scale di complessità, dal microcosmo all’uomo, fino al macrocosmo.

Si è detto che una rete dinamica può avere vari “gradi di libertà”, schemi di attivazione o disattivazione dei diversi nodi e rafforzamento o perdita di varie connessioni, ciascuno dei quali è consentito dalle relazioni interne. Tra tali configurazioni, alcune sono equivalenti in termini energetici, per cui la rete, in determinati momenti, si può trovare in uno stato di “incertezza” tra quali configurazioni o traiettorie scegliere (punto di biforcazione). Al limite, si potrebbe affermare che al punto di biforcazione sussiste una equiprobabilità di attrattori, per cui la scelta (da cui potrebbe dipendere salute o malattia) non è “obbligata” o “determinata” da vincoli intrinseci od estrinseci. In tale senso si tratterebbe, per il sistema in questione, di una scelta “libera” ma, allo stesso tempo, di una scelta che dipenderebbe da fattori casuali. Col termine “caso” qui non intendiamo la mancanza di una causa, ma l’effetto di energie o informazioni estremamente piccole e molteplici (es. le differenze di peso tra due oggetti, o di energia tra due molecole, che in senso frazionario sono infinite), modificazioni dinamiche (oscillazioni) di tipo caotico (effetto “farfalla”), fenomeni di tipo quantistico.¹¹ Non vi sarebbe nessun fattore di per sé “cogente”, ma un complesso insieme di tanti piccoli fattori nessuno dei quali determinante e che permette la possibilità che le scelte siano varie. Questo

tipo di libertà, nel senso di mancanza di rigida determinazione, potrebbe essere in azione nel sistema nervoso. Freeman, professore di neurobiologia all'Università della California a Berkeley, riferisce: ¹²

I nostri studi ci hanno fatto anche scoprire un'attività cerebrale caotica, un comportamento complesso che sembra casuale, ma che in realtà possiede un ordine nascosto. Tale attività è evidente nella tendenza di ampi gruppi di neuroni a passare bruscamente e simultaneamente da un quadro complesso di attività ad un altro in risposta al più piccolo degli stimoli. Questa capacità è una caratteristica primaria di molti sistemi caotici. Essa non danneggia il cervello: anzi, secondo noi, sarebbe proprio la chiave della percezione. Avanziamo anche l'ipotesi che essa sia alla base della capacità del cervello di rispondere in modo flessibile alle sollecitazioni del mondo esterno e di generare nuovi tipi di attività, compreso il concepire idee nuove.

Si stabilirebbe quindi, in determinate condizioni - nel momento di equiprobabilità energetica delle scelte di evoluzione del sistema dinamico - una sorta di equivalenza tra "libertà di scelta" e "casualità" (nel senso sopra descritto). Ciò non riguarda solo il cervello, ma qualsiasi sistema biologico, anche una singola cellula somatica, una singola molecola (vi sono molecole che oscillano continuamente tra diverse configurazioni, funzionalmente attive o inattive). Ad esempio, nel corso della mitosi, momento molto delicato perché sono in opera i sistemi di duplicazione dell'informazione genetica, un punto infinitesimalmente piccolo di un enzima che si occupa di inserire una base nucleotidica nel DNA può cambiare la propria configurazione energetica e sbagliare la propria azione. Se (caso raro ma possibile) l'errore non viene riconosciuto e riparato, ecco che si ha una mutazione la quale (concorrendo altri fattori patogenetici) può essere causa di gravi malattie.

In realtà, di solito la scelta tra diverse configurazioni energeticamente equivalenti (o persino la scelta di una configurazione energeticamente sfavorevole) viene effettuata non casualmente ma sulla base di *informazioni* provenienti dal resto del corpo, utili affinché la funzione della rete sia indirizzata al bene dell'organismo stesso. Altre informazioni influenzanti la scelta potrebbero provenire dall'ambiente (es. qualità e quantità dell'alimentazione, medicine, fattori fisici e via dicendo). In questo senso, l'informazione, "esterna" alla rete che effettua la scelta, ha un duplice ruolo: da una parte "riduce" quella "libertà decisionale" di cui si parlava sopra, "favorendo" una tra le diverse configurazioni possibili, dall'altra introduce una *nuova forma di libertà* perché "svincola" la rete dalla casualità e la indirizza verso una funzione teleonomicamente utile (nel senso che è quella connessa al buon funzionamento del sistema nel suo complesso). Possiamo qui parlare di una "libertà informata", nel senso che il sistema (a qualsiasi livello lo si voglia considerare) è veramente libero di "fare ciò che vuole" se ha le capacità di raggiungere il proprio scopo, il fine per cui esiste. Tali capacità stanno, come si è visto, nell'energia (che di solito, almeno nel sistema ancora funzionante e connesso, non costituisce un problema) ma soprattutto nell'informazione.

In altre parole, il sistema è veramente libero (nel senso che è capace di raggiungere il suo fine) se "conosce" la direzione verso cui indirizzare la propria energia, cioè se è "informato". La libertà di scelta si può esercitare propriamente solo se il sistema è in possesso di informazioni, sulla base delle quali scegliere teleonomicamente, in relazione al fine dell'organismo, non casualmente. La presenza di informazioni "condizionanti" la scelta, nessuna delle quali però "obbligante", aumenta questo tipo di libertà informata, vista in una prospettiva teleonomica.

La salute (o il suo recupero nel processo di guarigione) allora coincide con una

doppia libertà: la *libertà di scelta* (non essere rigidamente obbligati, essere dotati di flessibilità e capacità di adattamento) e la *libertà di informazione* su cosa scegliere (conoscere lo stato dell'organismo e il significato delle diverse scelte).

La patologia può quindi essere vista come disordine dell'informazione e delle comunicazioni. Ciò si verifica sia al livello dell'informazione originaria (es. malattia genetica, visione tradizionale della biologia molecolare) sia al livello dell'informazione scambiata nelle reti complesse che controllano delicatissimi sistemi (es.: immunità, psiche, società, visione proposta dalle scienze della complessità). Secondo questa prospettiva, il dis-ordine consiste, schematicamente, in due possibilità: a) quando il sistema non può scegliere, è cioè "bloccato" in un attrattore che non rappresenta però il migliore stato possibile per il sistema stesso, oppure b) quando il sistema/rete "sceglie" tra diverse configurazioni possibili (usa cioè la libertà di scelta di cui è dotato), *autonomamente*, senza un adeguato collegamento informazionale con il resto dell'organismo, cioè in modo non teleonomico.

È suggestivo notare come esista un'analogia non banale (e quindi, verosimilmente, anche non casuale) tra questo schema di ragionamento e il racconto biblico del "peccato originale", tradizionalmente presentato come causa originaria di ogni patologia. L'uomo fu creato libero ma ad una condizione, cioè aveva ampie possibilità di movimento e di sviluppo, purché non mangiasse dell'albero "della conoscenza del bene e del male" (Gen, 2,9; 3,5). Adamo ed Eva, invece, sulla spinta di un tentatore (che potremmo quindi considerare un "dis-informatore" o un "campo di disturbo"), scelsero *autonomamente* (auto-nomia=essere norma a se stessi) di mangiare il frutto dell'albero proibito, senza tener conto di quanto aveva detto il Creatore. Bisogna ricordare che, nella visione giudaico-cristiana, Dio è creatore e, in quanto tale, onnisciente e onnipotente, è colui che conosce tutte le cose (e i loro scopi) nel creato.

Per l'uomo e la donna del racconto biblico, la scelta di "essere come Dio" si identifica con la "conoscenza del bene e del male", cioè, ultimamente, con la possibilità di fare tutte le scelte possibili in modo utile per se stessi e per l'universo in cui sono immersi. Ma, ovviamente, poiché essi non sono onnipotenti e soprattutto non sono onniscienti, la "libera" decisione di in-dipendenza da Dio deve riguardarsi come essenzialmente "dis-informata" sul piano teleonomico. Adamo ed Eva esercitano la libertà di scelta omettendo la libertà di sapere cosa scegliere. Da quel momento sono costretti ad abbandonare il paradiso terrestre ed a portare le conseguenze delle proprie scelte. Dovranno guadagnarsi il pane col sudore della fronte e saranno soggetti alle malattie ed alla morte ("in polvere ritornerai"). Essi non fanno più parte di un'armonia cosmica, nel linguaggio biblico non possono più godere dell'"albero della vita": *"Ecco Adamo è divenuto come ciascun nato da lui, avendo la conoscenza del bene e del male. Ora facciamo sì che egli non stenda la mano e colga anche del frutto dell'albero della vita"* (Gen. 3, 22): la (presunta) conoscenza del bene e del male è posta quasi come in alternativa all'albero della vita! La conseguenza ultima della libertà disinformata è, paradossalmente, la stessa limitazione della vita. Sul piano spirituale, la soluzione di questo dramma è possibile solo nel recupero dell'informazione che dà la completa libertà: Gesù, che di vita e di salute se ne intendeva, ha detto *"la verità vi farà liberi"* (Gv 8,31).

Allo stesso modo, su un piano logico e bio-logico, si osserva il "peccato"/errore nell'uso "sbilanciato" della libertà: libertà di scelta senza informazioni

teleonomicamente orientate. I discendenti di Adamo ed Eva con le loro componenti biologiche, da quelle più semplici a quelle più complesse, sia organiche che psicologiche, rischiano di sbagliare, e quindi di ammalarsi, quando si pongono nella logica di scegliere “auto-nomamente”, quindi senza conoscere il fine ultimo della scelta (il bene – attuale e futuro - dell’organismo nel suo insieme). Così, ad esempio, si comportano le cellule cancerose, che crescono senza controllo e senza scopo funzionalmente utile, ma anche la parete arteriosa quando crea un ispessimento o uno spasmo e chiude il flusso di sangue causando un infarto. La causa di ciò è spesso una mancanza di segnali di controllo (informazione) o l’interferenza di segnali sbagliati (*dis-informazione*): come il serpente “astuto” della Genesi, (Gen. 3, 1), così il virus oncogeno – che inserisce nella cellula un programma comportamentale patogeno per l’organismo, ma non immediatamente per la cellula stessa che seguendo l’informazione virale “crede” di poter crescere meglio di prima – sono degli ingannatori che approfittano della libertà consentita ai sistemi viventi. Ne può risultare una scelta contro la vita stessa (l’albero della vita). Anche le guerre (patologie della società e del mondo) dipendono dal fatto che c’è sempre qualcuno che pretende di sapere cosa è bene e cosa è male, ovviamente demonizzando l’avversario.

Questo schema, che si ripete costantemente nelle intime pieghe dell’essere vivente e lo condanna in un certo senso alla dis-armonia (la parte che non si integra nel tutto e con le altre parti), è un riecheggiare dell’originale errore e (forse) una sua conseguenza.

¹ Vedi per approfondimenti il lavoro di M. Semizzi in questo stesso testo.

² A. SCOLA, *Se vuoi, puoi guarirmi*, Siena, Ed. Cantagalli, 2001, pp. 28 e 36. La tesi che le scoperte della biotecnologia, salutate da taluni come una vera rivoluzione in ambito sanitario, abbiano avuto pochi risultati pratici a addirittura alimentino false speranze trovano sempre maggiori conferme, come dimostra un recente studio, pubblicato da un’importante rivista scientifica: P. NIGHTINGALE, P. MARTIN, *The myth of the biotech revolution*, in «Trends Biotechnol.», 11 (2004), pp. 564-569.

³ Si veda ad es. G. NICOLIS, Y. PRIGOGINE, *La complessità. Esplorazioni nei Nuovi Campi della Scienza*, Torino, Einaudi, 1991; F. CRAMER, *Chaos and order. The complex structure of living systems*. Weinheim, VCH Verlagsgesellschaft, 1993; A.L. GOLDBERGER, *Non-linear dynamics for clinicians: chaos theory, fractals, and complexity at the bedside*, in «Lancet», 347, (1996), pp. 1312-1314; P. MUSSO, *Filosofia del caos*. Milano, Franco Angeli, 1997; Y. BAR-YAM, *Dynamics of complex systems*. Reading (Ma), Addison-Wesley, 1997; D.S. COFFEY, *Self-organization, complexity and chaos: the new biology for medicine*, in «Nature Medicine», 4 (1998), pp. 882-885; J.H. HOLLAND, *Emergence. From chaos to order*. Reading (Ma), Addison-Wesley, 2000; T. WILSON, T. HOLT, *Complexity and clinical care*, in «Brit. Med. J.», 323 (2001), pp. 685-688; P.E. PLSEK, T. GREENHALGH, *The challenge of complexity in health care*, in «Brit. Med. J.», 323 (2001), pp. 625-628.

⁴ Per approfondimenti vedi P. BELLAVITE, G.C. ANDRIGHETTO, M. ZATTI, *Omeostasi, complessità e caos. Un’introduzione*. Milano, Franco Angeli, 1995; P. BELLAVITE, *Le scienze biomediche tra biologia molecolare e complessità*, in «KOS», 125 (1996), pp. 36-41; P. BELLAVITE, *Disease as information disorder*, in «Advances - Journal of Body-Mind Health» 13 (1997), pp. 4-7; P. BELLAVITE, *Biodinamica. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata*, Milano, Tecniche Nuove, 1998; CONFORTI A., P. BELLAVITE, *Pharmakodynamik und komplexe Systeme*. In *biologische medizin in der orthopädie/traumatologie, rheumatologie*, a cura di H. Hess, Baden Baden, Aurelia Verlag, 2002, pp. 39-52; P. BELLAVITE, *Complexity science and homeopathy: a synthetic overview*, in «Homeopathy», 92 (2003), pp. 203-212.

⁵ Per descrivere le modificazioni spazio-temporali di un sistema complesso, si usa rappresentare le diverse configurazioni in uno spazio immaginario detto spazio delle fasi, in cui si descrive quindi una

“traiettorie”. Lo spazio delle fasi è fatto di diverse dimensioni, secondo le variabili che si possono considerare. Nel caso più semplice si possono utilizzare due dimensioni, di cui in verticale ad esempio la spesa energetica del sistema, in orizzontale il tempo o la posizione. Con questo tipo di variabili, lo spazio delle fasi può anche essere chiamato “paesaggio dell’energia”, in cui il sistema si sposta occupando posizioni più o meno favorevoli per ciò che concerne il consumo di energia (o i sintomi, se ad esempio si considera in verticale lo stato di salute/malattia).

⁶ Polimorfismi: varianti dello stesso gene che portano a varianti delle proteine da esso codificate. Alcune varianti possono essere vantaggiose, altre svantaggiose per le funzioni a tale proteina associate.

⁷ Sul piano biologico, i meccanismi con cui tale disordine di comunicazioni insorge sono vari: desensibilizzazione omologa dei recettori per eccesso di stimolo; preponderanza di segnali antagonisti o informazioni devianti e condizionanti la rete, di natura esogena (tossine batteriche, sostanze chimiche, farmaci) o, talvolta, endogena (radicali liberi, complemento, altri fattori dell’inflammatione, autoanticorpi); mutazioni che alterano la struttura molecolare delle comunicazioni (pensiamo soprattutto ai virus, alle radiazioni ionizzanti, ai fattori cancerogeni); danno strutturale con deficit del mezzo di trasmissione del segnale (neuropatie, ischemia, sclerosi connettivale, ecc.). Altre situazioni, del tutto esemplificative, in cui si evidenzia un blocco della dinamica normale e lo spostamento su un attrattore patologico sono la diminuzione di beta-adrenorecettori nell’insufficienza cardiaca cronica, l’adattamento dei barocettori carotidei e dei chemocettori renali nell’ipertensione, l’insensibilità centrale alle citochine nelle malattie infiammatorie croniche ed autoimmunitarie, la mancanza di feed-back regolativi degli steroidi sull’ipotalamo nella depressione melanconica, la resistenza all’insulina nel diabete, la desensibilizzazione agli oppioidi nelle malattie infiammatorie croniche. Persino un blocco psicologico, anche risalente a problemi di strutturazione iniziale della personalità (ad es. l’incapacità di esprimere i propri sentimenti a seguito di stress), può essere chiamato in causa come fattore importante nella progressione di malattie che vanno dalle cardiopatie al cancro.

⁸ V. ad es. A.L. GOLDBERGER, *Non-linear dynamics for clinicians: chaos theory, fractals, and complexity at the bedside*, in «Lancet» 347 (1996), pp. 1312-1314; M. KYRIAZIS, *Practical applications of chaos theory to the modulation of human ageing: nature prefers chaos to regularity*, in «Biogerontology», 4 (2) (2003), pp. 75-90.

⁹ Anche se i due termini possono essere usati come sinonimi, per la precisione si usa distinguere i *sintomi* (soggettivi) dai *segni*, le manifestazioni osservabili o misurabili, non solo dal paziente, ma anche da altri, spesso con adeguati strumenti (es. stetoscopio, laboratorio, immagini, ecc.).

¹⁰ J. MONOD, *Il caso e la necessità*, Milano, Mondadori, 1970.

¹¹ Ci si riferisce all’esistenza del “quanto”, cioè di una suddivisione dell’energia in parti discrete, a loro volta non suddivisibili. Il termine deriva dalla fisica dei quanti, che sono essenzialmente dei “pacchetti” di luce. La quantità più piccola di luce è un “quanto”. Non si può avere mezzo quanto, ma o un quanto o niente. I fenomeni fisici, su scala quantistica (prevalentemente sub-microscopica), sono caratterizzati da una notevole imprevedibilità, sia perché non è possibile conoscere simultaneamente la posizione e la massa di una particella (principio di indeterminazione), sia perché, anche conoscendo esattamente le condizioni di un sistema fisico, la certezza che un fenomeno si verifichi in un determinato tempo non è mai assoluta.

¹² W.J. FREEMAN, *La fisiologia della percezione*, in «Le Scienze», 272 (1991), pp. 12-20. L’importanza del caos nelle funzioni cerebrali è tale che alcuni autori si sono spinti a considerare questo fenomeno il corrispondente fisiologico dell’esistenza di un libero volere: J.P. CRUTCHFIELD, J.D. FARMER, N.H. PACKARD, R.S. SHAW, *Chaos*, in «Scientific American», 255 (1986), pp. 38-49. V. anche il capitolo di M. Zatti in questo stesso libro.

DOLORE E INCOMPLETEZZA NELLA NATURA

Mario Zatti

LA “CRUDELTÀ” DELLA NATURA

Oltre al male direttamente dovuto all'umana perversità, noi vediamo anche la crudeltà della natura; oltre ai morti sotto le macerie della guerra, vediamo i morti provocati dalla violenza degli uragani o dei terremoti, o dalla malignità di tanta patologia. E non è altrettanto facile per la ragione accettare anche i molteplici volti dell'iniquità di quella stessa natura che con le sue bellezze ed il suo ordine parla, a parere di molti, di una Divinità creatrice.

Certo l'armonia dell'universo richiede il mutarsi delle sue parti; e Agostino (*De Civitate Dei*, XX, 2) indica la radice metafisica del male nella “deficienza di essere” delle realtà temporali. Ma lo stesso Agostino, raccontando della morte del ventenne amico di Tagaste, esprime disperazione ed incapacità di dare significato.

È infatti bensì comprensibile che il divenire, l'essere nel tempo, sia già morire, dolore; ma ciò che fa scandalo è “il modo assurdo in cui spesso si muore. Ciò infatti non avviene soltanto per un processo biologico naturale, come vediamo nel frutto maturo quando cade dal ramo: si constata invece nelle circostanze più ripugnanti al nostro senso di pietà”.¹

È questo l'aspetto del dolore di cui vogliamo occuparci.

LA RISPOSTA DELLA NECESSITÀ: CASO SENZA PROGETTO

“Il tragico [...] è proprio tale in quanto, posta ogni incomprensibile sciagura, desta il sospetto di una sconnessione totale dell'essere [...]”². Questa tragicità supporta l'ipotesi di un universo accidentale, dunque *privo di senso*. La risposta darwinista, che usa le categorie di *caso e necessità*, è proprio su questa linea.

La filosofia naturale quale è suggerita dalla biologia dopo Darwin è infatti prevalentemente una filosofia della disperazione umana. Diceva J. Monod:³

È vero che la scienza attenta ai valori. Non direttamente, poiché non ne è giudice e deve ignorarli; però essa distrugge tutte le ontogenie mitiche o filosofiche su cui la tradizione animistica, [...] ha fondato i valori, la morale, i doveri, i diritti, le interdizioni. [...] L'antica alleanza è infranta; l'uomo finalmente sa di essere solo nell'immensità indifferente dell'Universo da cui è emerso per caso.

E in effetti la coesistenza dell'armonia e della precarietà non destano meraviglia se vige il regno del caso, se l'Universo è accidentale.

Un saggio più recente della stessa filosofia è quello di D.C. Dennett dove dice: “Darwin ha cambiato per sempre quello che significa domandare, e rispondere, alla

questione del *Perché*”. “Non c'è futuro per alcun mito sacro”. E cita un passaggio di Locke definendolo il «blocco concettuale» esistente prima della rivoluzione darwiniana:⁴

La Materia non può mai cominciare ed essere; se supponiamo che essa esista *ab aeterno* come pura e semplice Materia senza Moto, il Moto non può cominciare ad essere; se supponiamo Materia e Moto preesistenti o eterni, il Pensiero non può mai cominciare a essere.

Darwin dice invece: datemi tempo, ed io vi produrrò evoluzione, complessificazione, disegno, pensiero, attraverso l'opera della selezione tra mutazioni prodotte dal caso.

Nella generalizzazione dell'uso dell'algoritmo⁵ scoperto da Darwin (selezione tra varianti equiprobabili), e divenuto poi, nell'applicazione all'evoluzione prebiologica e cosmologica, “onnivoro” (secondo la definizione dello stesso Dennett), risiede la ragione dell'evoluzione del darwinismo stesso da modello scientifico a filosofia del caso e della necessità.

Una applicazione della medesima filosofia nel campo delle teorie sull'origine dell'universo è quella di P.W. Atkins: “... universi sono continuamente creati e la presente collezione di universi è infinita”. Se ne deduce che è necessario che il nostro apparentemente ordinato universo esista, perché, dice Atkins, “qualunque evento si realizza quale che sia la sua probabilità purché non sia assolutamente impossibile”, o in altri termini, la selezione tra infinite varianti è un gioco dal successo sicuro, gioco nel quale l'algoritmo darwiniano sfocia in una sorta di metafisica che è quella dell'infinito materiale in atto.⁶

Ma con simili ragionamenti, cioè invocando la condizione di tempo e materia infiniti, il concetto di probabilità è annullato, e si può dimostrare qualunque cosa.

Il darwinismo ignora cause interne dell'evoluzione; leggi preferenziali per la stabilità delle strutture senza cui, se anche si formassero, la loro permanenza non si spiega; forme, archetipi, attrattori.

Monod esprimeva la sua fede nell'assenza di qualsiasi disegno per la costruzione dell'ordine biologico affermando che il messaggio, pur oggettivamente carico di significato, contenuto nella sequenza di 200 aminoacidi di una proteina, costituita dai 20 diversi tipi di aminoacidi disponibili, è scritto a caso, da un “gioco completamente cieco”, dato che conoscendo 199 aminoacidi nessuno potrebbe dire quale viene per duecentesimo. Ma questo significa identificare il gioco “non cieco” (vale a dire un'eventuale “intelligenza” nella creazione) con la ridondanza, la ripetitività, la simmetria: viceversa, la simmetria può essere un limite al contenuto d'informazione, come ad es. nel caso di una sequenza omogenea fatta della ripetizione monotona di un solo simbolo e che si caratterizza evidentemente per il massimo della simmetria, ma non certo per il massimo di intelligenza e creatività.

L'equivoco si spiega se si ricorda che la quantificazione matematica di entropia (l'entropia è una misura del disordine ed è il logaritmo del numero dei possibili microstati) è analoga a quella di complessità, e infatti l'incomprimibilità algoritmica del programma d'informazione, richiesto per specificare una sequenza del tutto casuale, trova analogia con l'incomprimibilità di quello richiesto per descrivere una sequenza che si caratterizzi per il massimo di complessità, cioè proprio per l'assenza di limiti di simmetria al contenuto d'informazione (incomputabilità): il messaggio nella proteina non è il prodotto del cieco caso, ma della raggiunta complessità, che trova spiegazione nei principi di auto-organizzazione e nei campi delle forme (v. oltre) più che nella sufficienza del tempo di un gioco cieco.

Il discorso tecnico che ha portato Monod alle sue conclusioni è interessante ed è forse utile cercare di esprimerlo in termini semplici. Egli dice: le proteine, cioè le molecole organiche complesse fondamentali per la vita, anche se hanno tutte una precisa funzione, si sono formate per caso. Le proteine sono sequenze di 20 diversi tipi di molecole più piccole, i mattoni della costruzione, che si chiamano aminoacidi. Una proteina è come un discorso molto lungo fatto con sole 20 diverse parole e queste parole si succedono l'una all'altra senza una regola apparente. Se noi conosciamo la serie in sequenza di 199 aminoacidi che compongono una proteina che ne ha 200, l'ultimo non possiamo prevedere quale sia, tra i 20 diversi tipi possibili, perché non c'è una regola della loro successione, della loro distribuzione in fila. Dunque non c'è un ordine, è il caso che ha costruito la proteina, anche se essa ha oggettivamente una funzione biologica precisa, cioè un alto contenuto di informazione. Questa è la conclusione di Monod.

È importante a questo punto stabilire quale significato tecnico dare ai termini ordine ed informazione. Intuitivamente si pensa che un messaggio che contiene informazione debba essere anche ordinato, con un ordine analizzabile e descrivibile, non casuale nella sua composizione. Per esempio una serie, una sequenza di parole può rappresentare un messaggio più o meno ricco di informazione. Se le parole vengono cambiate di posto non si capisce più niente. La domanda che ci poniamo è: una sequenza di parole è tanto più ricca d'informazione quanto più è ricca di ordine apparente? Per esempio se in un discorso vedo una certa parola ripetuta ogni cinque altre, riconosco un certo grado di ordine. L'ordine è dato da una distribuzione delle parole in cui si riconosca qualche simmetria, qualche periodicità, qualche regola fissa, un algoritmo. Una sequenza ripetitiva di una sola parola (per es. *questo, questo, questo...*) avrà quindi il massimo di ordine. Ma non potremo certo dire che ha il massimo di informazione. Invece di una serie di parole tutte uguali, facciamo una sequenza di parole diverse l'una dall'altra: per es. diciamo "*questa è una scuola, un liceo*". Se noi trascuriamo, ignoriamo il significato ossia l'informazione, come se la leggesse uno che non conosce l'italiano, le parole sembrano disposte a caso. Le parole qui appaiono come gruppi di lettere disposti senza nessun ordine nella successione: per esempio non viene prima la più piccola poi le altre in ordine di grandezza, né si alterna una grande e una piccola, ecc., sembra che la sequenza sia messa lì senza un ordine apparente, quindi a caso, ma sappiamo bene che è assai più ricca di significato di quella, sicuramente più ordinata, formata di altrettante parole tutte uguali messe in fila. È chiaro dunque che ordine ed informazione non coincidono.

Monod doveva chiedersi da dove viene l'informazione, non da dove viene l'ordine, che può esserci e non esserci. È vero che non c'è una regola, una periodicità, nella sequenza degli aminoacidi. Ma questa sequenza forma una proteina che ha una funzione, cioè significato, informazione.

Anche il numero pi-greco ha una serie di decimali non periodici, ma tutti i matematici sanno quanta informazione contiene. L'ordine com'è comunemente inteso è una cosa, il contenuto di informazione è una cosa diversa. È del resto intuitivo che una sequenza senza tante regole d'ordine ricorsivo può essere più inventiva, libera, creativa, meno limitata nel contenere fantasia e ricchezza d'informazione. L'ordine come l'abbiamo definito è dunque addirittura un limite al possibile contenuto d'informazione, e noi possiamo concludere che il massimo d'informazione deve coincidere con il minimo di ordine, con buona pace di Monod.

La complessità (in senso tecnico) compare nei sistemi non lineari e lontani dall'equilibrio termodinamico (cosiddetti sistemi dissipativi, quali sono anche i viventi). La massima complessità è rappresentabile come quella di una struttura che contiene una quantità di informazione non comprimibile in un algoritmo, o meglio, descrivibile soltanto da un algoritmo composto di un numero di bits d'informazione comparabile a quello della struttura stessa: la complessità cioè corrisponde alla dimensione del programma di calcolo necessario per descriverla; e si definisce complessità fondamentale quella di una struttura (per es. una sequenza) che non avendo limiti di simmetria, periodicità, ridondanza, ma un ordine aperiodico, possiede per tal modo il prerequisito per il massimo possibile contenuto d'informazione, anche se non si riesce a trovarne un'espressione analitica. J. Monod, non avendola trovata per la sequenza di aminoacidi di una proteina, ne dedusse la assoluta casualità,⁷ non tenendo conto della geniale definizione che E. Schrödinger già da tempo aveva dato delle proteine: “cristalli aperiodici”.⁸ La filosofia naturale di Monod è stata capace di lasciare un marchio pesante sulla visione del mondo di molti uomini, di scienza e non; e che pesa tuttora. Nondimeno, quella filosofia ha dei presupposti totalmente erronei.⁹

L'integrazione fondamentale, per una teoria soddisfacente dell'evoluzione, richiede la presa d'atto della unità degli insiemi capaci di auto-organizzazione: così, la vita può avere le sue origini in una sorta di cambiamento di fase, improvviso, in cui una rete di molecole, replicantisi in virtù della loro interdipendenza, sorse da un primitivo insieme di reazioni chimiche indipendenti. L'emergenza¹⁰ di comportamenti collettivi tramite azioni di lungo raggio consente la generazione di nuove forme nell'ambito della complessificazione.¹¹ Anche la biologia ritrova in questi concetti la sua specificità, al di sopra del riduzionismo che non permette di uscire da una prospettiva di aggregati di componenti tenuti insieme da accidentali incontri, fortunati nella selezione ambientale. Sfugge a questa prospettiva il significato dell'unità formale, che è oggi compreso e sempre più approfondito dallo studio dei sistemi complessi nella loro interezza.¹²

Darwin non avrebbe mai potuto sospettare le stupefacenti potenzialità della materia quando sono presenti sia le dinamiche non lineari che i vincoli di non equilibrio, cioè in quelli che Prigogine ha chiamato “sistemi dissipativi”.¹³ In questi sistemi l'auto-organizzazione risulta dal moto associato alle dinamiche caotiche, che permette al sistema di esplorare il suo spazio delle fasi, trovandovi le forme.¹⁴ Ciò significa che la materia, come dice Cramer è “*a priori filled with ideas*”.¹⁵ Torniamo al confine con la filosofia, che non è più quella di Monod, ma quella espressa nel titolo dell'opera di Kauffman: *At Home in the Universe*, libro che chiude con le parole: “*In the beginning was the Word*” (la Parola, il Pensiero, la Legge).¹⁶

Ma se, come s'è detto, l'incomprensibile sciagura non fa problema in una filosofia del caso, altrettanto non si può dire quando si pensa che in principio era la *Legge*. Si tratta di un problema di significato, quindi filosofico e non scientifico, ma strettamente implicato dalla dimostrabile incompletezza dell'informazione (Legge) che governa la natura, ed in particolare quella biologica. Infatti il riconoscere che le grandi linee dell'evoluzione (prebiologica e biologica) sono segnate da «idee» a priori e quindi dovute a cause interne, indipendentemente dalla selezione, non implica il rifiuto ma soltanto un'integrazione del darwinismo.

Il problema diventa allora: come mai la Legge e l'auto-organizzazione lasciano spazio alla precarietà ed al caso, e quindi non evitano il dolore, la sciagura?

LA RISPOSTA DELLA LIBERTÀ: CASO NEL PROGETTO

In un'opera del 1967, parlando di scienza e fede, il teologo Karl Rahner così si esprimeva sulla comparsa dell'anima nel corso dell'evoluzione:¹⁷

Se in effetti il divenire è realmente un'autotrascendenza che può, a seconda delle circostanze, pervenire a una nuova essenza [...] e se materia e spirito non sono semplicemente dei dati disparati, ma se la materia è in qualche modo uno spirito *congelato*, il cui solo significato è rendere possibile lo spirito propriamente detto, e se infine la spiritualità creata resta sempre spiritualità nella materia fino alla sua realizzazione assoluta, allora una evoluzione della materia verso lo spirito non è un concetto irrealizzabile, a patto soltanto che il concetto di evoluzione sia inteso nel senso di questa autotrascendenza essenziale sottomessa al dinamismo dell'essere assoluto.

Questa opinione, condivisa da altri, apre un vasto orizzonte nella filosofia naturale, che oggi affronta lo studio dei processi evolutivi, anche biologici e psicologici, con nuovi strumenti concettuali, quali le teorie dei *sistemi complessi*, dell'*autoorganizzazione* e delle proprietà *emergenti*.

Senza entrare negli aspetti tecnici possiamo dire che i sistemi complessi presentano delle proprietà che non appartengono a nessuno dei loro singoli componenti, ma compaiono come interazioni di lungo raggio, come *forme* proprie del complesso. Nel *Lexicon of Complexity* di F. T. Arecchi e A. Farini si legge per esempio tra l'altro:¹⁸

... Un sistema complesso è quello le cui parti componenti interagiscono in modo così intricato che non può essere previsto dalle equazioni lineari standard; vi sono implicate così tante variabili che il comportamento globale del sistema può essere compreso solo come una conseguenza emergente della "somma olistica" di tutta la miriade di comportamenti che vi sono inseriti. Con i sistemi complessi, il riduzionismo non funziona ed è ora chiaro che quando si studia la vita non si può applicare un approccio puramente riduzionistico: nei sistemi viventi, il tutto è più della somma delle sue parti.

Le proprietà realmente emergenti (*genuine emergence*) sono dunque quelle che non possono essere spiegate, dedotte o calcolate dalle proprietà dei costituenti o da quelle di loro combinazioni parziali. Nel corso dell'evoluzione cosmica, in particolare della vita e della coscienza, esse sembrano venire "dal nulla".

Gli esseri animati si distinguono particolarmente in quanto capaci di attività auto-organizzatrice, auto-dinamica (autolocomozione, *se movere*) e nel caso degli esseri umani per la coscienza, la conoscenza dell'universale, la libertà di scegliere e causare effetti non spiegabili unicamente sulla base del comportamento dei neuroni.

Quando Rahner parla di evoluzione della materia verso lo spirito e ne indica il modo, autotrascendenza, vuole significare che l'emergenza non viene dal nulla ma come produzione di *forma* contenuta in potenza nelle cose e messa in atto nelle adeguate condizioni causali; e che altre forme possono rappresentare quelli che filosoficamente sono noti come gradi dell'essere. Tra essi l'anima umana, unica piena emergenza ontologica dell'*immagine e somiglianza*, ultimo gradino di una scala nella quale gradualmente le potenzialità psichiche della natura si rivelano.

Ad un determinato grado di organizzazione, quella proprietà emergente che chiamiamo anima si innesca e, una volta così creata, vive di vita propria. Non è necessario pensare che essa sia qualcosa che si aggiunge dall'esterno. In tale prospettiva diviene anche più facile comprendere la visione antropologica tomistica nella quale spirito e materia non sono due sostanze ma due principi costitutivi di un unico ente, di un'unica sostanza.

Si può allora ammettere che l'anima sia una proprietà emergente, cioè potenzialmente presente fin dall'inizio dell'evoluzione cosmica, ma:¹⁹

...che si attua, si *innesca*, come dice Searle, solo in presenza di certe condizioni, cioè di un certo livello di organizzazione [...]; cioè si verifica un vero salto di livello ontologico - ebbene, in questo caso è possibile che tale evento si verifichi più volte nel corso dell'evoluzione, a livelli differenti e con esiti pure differenti, con una crescita *graduale* dei propri poteri e della propria indipendenza dal sostrato materiale che l'ha prodotta: e perciò si apre la strada ad una spiegazione *realmente* non riduzionista della vita non cosciente, nonché di quei comportamenti intenzionali che eventualmente dovessimo riscontrare, sia pure in forma attenuata, in specie diverse dalla nostra, [...].

Sull'importanza di queste considerazioni sullo psichismo torneremo anche più avanti; ma intanto ci chiediamo: perché per alcune nostre attività mentali invociamo un'anima? Perché la *libera scelta consapevole* di cui è capace il nostro Io non potrebbe essere effettuata da un ente esclusivamente materiale, sia esso parte di un sistema deterministico, o anche indeterministico?

Nel primo caso non si vede come la catena delle cause dei processi fisici potrebbe lasciare spazio alla libertà, e infatti coloro che identificano gli stati mentali con stati cerebrali, come Francis Crick per esempio²⁰, tendono a considerare la pur immediata evidenza interiore di libertà come un'illusione.

Nel secondo caso le nostre scelte non potrebbero essere che il risultato di quegli eventi quantistici che si realizzano nell'arbitrarietà casuale, perché l'indeterminazione implica che una particella non può che essere soggetta a costanti fluttuazioni anche quando non ha luogo alcuna operazione di misura. Un autogoverno (autodeterminazione) di tali processi è impossibile nell'ipotesi materialistica.²¹

Neppure attraverso le dinamiche di sistemi non lineari (caos), notoriamente presenti nel cervello,²² questo potrebbe fare delle scelte e attenersi, a causa della tipica instabilità delle dinamiche caotiche.

Se deve aver luogo una libera scelta tra due diversi stati sinaptici (funzioni di connessione tra neuroni cerebrali) corrispondenti per esempio a due diversi desideri, dal punto di vista termodinamico è necessario, riducendosi da due a uno il numero degli stati possibili, abbassare il grado di disordine che i fisici denotano con il nome di *entropia*. Si tratta di una variazione di energia che le leggi fisiche non permettono se non simultaneamente ad una compensazione (un sistema materiale non può mai operare riduzioni nette di entropia). Occorre quindi che il sistema che attua la scelta operi una spesa di energia.²³

Dunque: se il sistema è materiale, esso deve spendere qualche energia per attuare la riduzione di entropia che sostanzia la scelta: cioè il sistema dovrebbe voler spendere energia, con un atto di scelta precedente, che a sua volta richiede una propria spesa di energia, quindi un ricorso all'infinito di operazioni simili.

Si può evitarlo se si dispone di un sistema che non richieda mezzi fisici nell'avviare l'atto di scegliere: occorre una causalità non causata, quindi non fisica, per realizzare una libera scelta.

Sulla base di considerazioni di filosofia naturale, anche senza l'apporto di una riflessione filosofica più ampia, sembra doversi concludere che l'azione libera deve avere un principio immateriale e può esplicarsi se nell'attività della mente, il cui referente materiale è il cervello, c'è qualcosa che va al di là della mera causalità deterministica (meccanica, razionale, computazionale, algoritmica).

La mente umana è molto più che un calcolatore. Kurt Gödel ha definitivamente provato che per qualunque sistema logico vi sono infinite verità che non sono dimostrabili; ma l'intelletto umano vede che sono verità.²⁴

La verità è più forte della dimostrazione. Come diceva S. Agostino (*De Libero Arbitrio*, II, 12, 34):

...noi giudichiamo la nostra conoscenza mediante la verità, ma non possiamo sottoporre a giudizio la stessa verità. [...] Non uscire da te, ritorna in te stesso, nell'interno dell'uomo abita la verità.

Così nel nostro mondo interiore noi troviamo anche la bellezza ed il bene, l'arte e la morale; e vediamo che il bene è verità, che ci fa liberi. Secondo J. Maritain:²⁵

...l'intelletto umano, benché sia una ragione che amministra i suoi concetti, ligia alla più stretta logica (e questo le proviene dalla sua condizione carnale), è anche un intelletto, cioè una potenza capace di vedere nell'ordine intelligibile come vede l'occhio, e con incomparabilmente maggiore sicurezza di quanto veda l'occhio nell'ordine sensibile. Non conosce forse l'intelletto i *principi primi* di qualsiasi dimostrazione proprio attraverso una tale intuizione?

A questo proposito G.F. Basti cita opportunamente un passo di Tommaso d'Aquino dove molto lucidamente si distingue una differenza qualitativa tra le operazioni conoscitive, nonostante *sembrino tutte allo stesso modo* proprie del composto anima-corpo,²⁶ ma che viceversa non lo sono (come per esempio per la spiritualità dell'operazione intellettuale che porta dall'immagine ai concetti astratti assolutamente privi di modelli fisici).

È fondamentale a questo punto considerare la conseguenza del fatto che il principio immateriale (capace di operare per sé ed avere il dominio delle proprie azioni, cioè la libertà) coinvolge comunque *l'agire del composto*. Questo dovrà quindi come tale essere disposto per la libertà, compresa dunque la materia, il corpo come strumento e come referente delle operazioni dell'anima. È quanto si dovrà considerare nel seguito.

Libertà: la condizione dell'indeterminazione nella materia

Una stretta relazione causa-effetto tra gli eventi, e una proporzione tra l'entità dell'una e dell'altro, caratterizza la visione deterministica nella quale non si riconosce alcun grado di libertà nella storia evolutiva del mondo.

Questa indiscutibilmente è governata da leggi fisse, almeno a grandi linee; ma il classico determinismo laplaciano²⁷ è difficilmente sostenibile dopo il fallimento del tentativo di assiomatizzazione totale della matematica (programma di Hilbert) che dal punto di vista filosofico conduceva a una concezione del mondo caratterizzata da un implacabile meccanicismo.²⁸

Solo nell'ambito di una relativa indeterminazione causale si può parlare di creatività dell'evoluzione, di contingenza, di casualità, e anche di libertà dell'uomo e di gradi di libertà di sistemi ed eventi naturali.

Sembra caratteristica dell'universo la coesistenza di determinismo e di indeterminismo (l'ambito del quale è controllato).

Mentre nella fisica classica una particella si muove lungo una traiettoria ben definita e un oggetto può essere in una sola posizione e in un solo orientamento ad un dato tempo, nel micromondo quantistico la posizione di un atomo o di un elettrone, per esempio, può avere parecchi differenti valori nello stesso tempo, con una sovrapposizione di stati potenziali che persiste finché il sistema non viene disturbato,

nel quale istante collassa in una sola delle diverse possibilità.

È il concetto di correlazione (*entanglement*) di Schrödinger tra gli stati delle particelle che rende comprensibile la dualità onda-particella e le stranezze della quantomeccanica, e questo è totalmente diverso dall'abituale spiegazione, data dai libri di testo, della dualità come effetto del disturbo apportato al sistema dall'atto di misura, spiegato nei termini dell'incertezza di Heisenberg.²⁹ La realtà della meccanica quantistica non corrisponde alla realtà macroscopica e il punto non è tanto che non possiamo conoscere simultaneamente quantità di moto e posizione di una particella, quanto il fatto che la particella non possiede nemmeno una quantità di moto e una posizione precise!³⁰

L'imprevedibilità del comportamento del sistema può corrispondere a descrizioni probabilistiche, il che richiede una nozione di *causalità probabilistica* che può essere formulata per esprimere la comparsa di un insieme di condizioni conseguenti (effetto) all'azione di un antecedente insieme di condizioni necessarie e sufficienti (causa).³¹

Il carattere intrinsecamente statistico degli eventi atomici assicura che il futuro rimane aperto e non determinato dal presente: l'indeterminismo garantisce alla successione degli eventi ed all'evoluzione cosmica e biologica uno spazio di libertà e creatività. Su questi punti tuttavia dovremo tornare con qualche riflessione prima di chiudere.

Un'altra fonte, questa volta macroscopica, di imprevedibilità è rappresentata dalle *dinamiche non lineari*, alle quali rispondono molti sistemi fisici anche di comune osservazione ma soprattutto, tra i sistemi complessi, quelli biologici.

Quando l'equazione differenziale di un sistema deterministico è non lineare (cioè contiene termini che non sono direttamente proporzionali alla variabile o a una delle sue derivate) il sistema può avere comportamento *caotico*. La principale caratteristica è data dal fatto che tali sistemi possono arrivare a fasi in cui piccole variazioni di parametri conducono a imprevedibili ed ampie variazioni delle traiettorie, fasi denominate *biforcazioni* o *multiforcazioni* cioè momenti di (imprevedibile) scelta della traiettoria futura: momenti di indeterminismo.

Si parla di *caos deterministico*, ciononostante, ma per la semplice ragione che l'indeterminismo compare nella soluzione di equazioni differenziali non lineari deterministiche, al variare del parametro o dei parametri di controllo.³²

Anche Karl Popper ha sostenuto che l'indeterminismo è condizione necessaria (e non sufficiente) per la libertà umana.³³

Gli aspetti indeterministici della materia, presenti anche nei neuroni, sono quelli che giustificano la possibilità di un'azione causale della mente sul cervello (senza violazioni di leggi fisiche). Una tale azione presuppone che essa sia una genuina emergenza, che comporta quella che nella visione antiriduzionista della teoria dei sistemi è definita *top down-* o *downward-causation*. La quale è giusto l'inverso del riduzionismo, dato che significa che il comportamento delle parti sia determinato dal comportamento delle proprietà dell'intero (proprietà irriducibili).³⁴

Al di là delle definizioni di cui sopra, l'approfondimento della contrastata questione del rapporto mente-cervello, la discussione delle sue possibili modalità, e le implicazioni metafisiche del problema, ci porterebbero decisamente fuori dal tema che ci limitiamo a seguire. Qui ci basta aver indicato i momenti di indeterminismo (quantistico e del caos) che possono essere considerati come importanti proprietà che rendono la materia adatto strumento e referente delle operazioni dell'anima nel

composto uomo.

Indeterminazione nei sistemi viventi

L'indeterminazione materiale, nonché essere condizione per l'esistenza di soggetti liberi, è anzitutto necessaria perché vi siano esseri viventi e senzienti.

Qualcuno ha detto che basta vedere una formica che sale lungo un muro, andando così in senso contrario alla legge fisica di gravità, per capire che gli esseri viventi hanno una loro specifica "libertà" nei confronti del mondo fisico. Ma questo è ancora più evidente negli atteggiamenti psichici degli animali superiori.

Tuttavia le reazioni vitali implicano anzitutto un certo grado di libertà dei loro costituenti chimici e fisici elementari. Se un vivente venisse paragonato a una macchina, la peculiarità dei suoi strumenti funzionali sarebbe evidente nella monomolecolarità. Tali strumenti-molecole sono tipicamente e necessariamente instabili perché se il loro assetto fosse decisamente stabile, ovviamente non sarebbe funzionale. Ad esempio vi sono macromolecole che agiscono nella cellula come interruttori accendendo o spegnendo processi che dipendono da discrete variazioni conformazionali reversibili della macromolecola regolatrice.

Se la vita implica una certa libertà di azione e di reazione, anche nelle forme viventi più elementari, tutto ciò è predisposto nei materiali costituenti. L'instabilità, che può modificare la conformazione e la funzione delle macromolecole biologiche, è già una caratteristica atomica e molecolare della materia prima:³⁵

La tenuità della parte esterna dell'atomo dimostra la debolezza del controllo che esercita il nucleo centrale sugli elettroni che lo circondano. Questa debolezza è alla base della ricchezza della vita. [...] Data la debolezza dei legami, le strutture non sono congelate in schemi immutabili ma possono rispondere alle sollecitazioni dell'ambiente.

Le leggi del mondo subatomico, atomico e molecolare che sottostanno alla fenomenologia di cui sopra sono quelle quantomeccaniche, che nel mondo biologico conservano tutta la loro validità (senza che ciò significhi riduzionismo). I viventi hanno funzioni legate a strumenti monomacromolecolari, ed effetti macroscopici possono dipendere da variazioni della funzione di un numero ridotto di tali strumenti, o anche di uno solo di essi, con possibili risultati fuori della norma, imprevedibili, quando appunto l'effetto macroscopico non è il risultato collettivo, regolare, di una media di un gran numero di eventi quantistici, come si è soliti osservare nei sistemi meno complessi del mondo inorganico.

Secondo R. Penrose, le nostre qualità sono radicate in qualche strano e meraviglioso aspetto di quelle leggi fisiche che effettivamente governano il mondo in cui siamo lasciando spazi di non algoritmicità e indeterminismo (instabilità).³⁶ Cioè noi, in qualità di esseri senzienti, *dobbiamo* vivere in un mondo quantistico, perché solo così possiamo relazionarci con il resto della natura, sentire e rispondere agli stimoli, pagare anche la tariffa di questo rapporto non sempre semplice e facile con l'ambiente e con la nostra stessa instabile interiorità, un rapporto cui consegue anche dolore.

Esseri senzienti e liberi sono necessariamente esposti alla sciagura

Il dolore di cui vogliamo parlare è, come s'è detto nell'introduzione, quello della sciagura, della calamità naturale, del bambino che è nato col peso di un handicap.

Come fa notare M. Ruse, tutto in questo mondo dovrebbe essere diverso se il dolore non doveva far parte del creato. Il fuoco non dovrebbe più bruciare, "...ma come potrei scaldarmi nel corso dell'inverno canadese e come cucinerei il mio cibo..." e così via.³⁷ Così si esprime B. R. Reichenbach:³⁸

In particolare, dato che gli esseri umani sono esseri naturali e senzienti, costruiti della stessa sostanza della Natura e interagenti con essa, essi saranno sottoposti in qualsiasi sistema naturale ad eventi governati da leggi naturali. Tali eventi saranno talvolta propizi, altre volte no. E, dato che l'uomo è essenzialmente un essere dotato di coscienza, egli sarà cosciente di quegli eventi che non sono propizi, che per lui costituiscono dei mali. Quindi, per prevenire il fatto che i mali naturali possano colpirlo, lo stesso uomo potrebbe essere portato a cambiare nel senso di non essere più una creatura naturale senziente e cosciente.

Se vogliamo cercare di studiare più approfonditamente questi problemi dobbiamo rifarci a quanto abbiamo già detto: la possibilità di esplicitare scelte ed azioni libere è legata a spazi di indeterminismo, perché in un mondo laplaciano dove "tutto è predeterminato fin dall'inizio" la libertà non troverebbe posto.³⁹

Se è vero che per le cause "contingenza indica, a rigore, [...] la possibilità di operare in modo difettoso"⁴⁰, allora non possiamo più dire di essere nel determinismo. Esso generalmente è concepito come la "dottrina secondo cui lo stato di un sistema fisico ad un dato istante [...] fissa univocamente ogni altro stato temporale del sistema, passato o futuro." Nella quale ipotesi "...il futuro non contiene alcun evento che sia contingente..."⁴¹

Enumerando i "dogmi dello scientismo", Arecchi cita il determinismo come predicibilità nel tempo ("...la conoscenza delle condizioni iniziali determina il futuro..."), sostenuta, come dogma, con l'obiettivo di "...bloccare qualunque spazio per la libertà umana..."⁴²

Nel nostro mondo, apparentemente vicino alla descrizione di de Laplace, esistono invece degli eventi che sfuggono al comportamento deterministico, tanto al livello delle componenti elementari della materia (nella quantomeccanica infatti da tempo la descrizione probabilistica degli effetti ha costretto a distinguere la nozione di causalità da quella di determinismo) quanto al livello dei sistemi complessi (le cui dinamiche - non lineari - presentano punti di biforcazione dove la scelta della futura traiettoria si prospetta nella equiprobabilità).

Orbene, se questo indeterminismo rende compatibile la materia con la libertà dello spirito, il cervello con l'attività dell'intelletto, si deve considerare che in base allo stesso principio - l'evasione dalla stabilità e dalle regole fisse delle leggi fisiche deterministiche - è possibile che nella materia (organismi viventi e biosfera) si producano deviazioni ed errori che si traducono nei termini della sciagura, della calamità naturale, del dolore.

Libertà e dolore sono entrambi permessi dal fatto che il soggetto biologico è un macrosistema, come abbiamo detto connesso a, quindi espressione di, singoli microstati per i quali vige l'indeterminazione.

Per la patologia ed il dolore, si può dire che essi divengono inevitabili, in presenza dell'indeterminazione, per esempio attraverso le mutazioni genetiche: mutazioni puntiformi possono aver luogo per sostituzione di una forma rara di una base (nell'ambito dell'isomeria chetoenolica) nella sintesi del DNA e in generale perché l'energia dei legami chimici in una macromolecola può variare con le fluttuazioni dell'energia vibrazionale responsabili di un certo ambito d'incertezza, che consente appunto alle mutazioni di aver luogo imprevedibilmente. Questi errori significano

malattia e dolore.

I sistemi viventi possono essere tecnicamente definiti come strutture dissipative quasi-stabili, lontane dall'equilibrio: questa relativa instabilità, che significa creatività e libertà per tutto il sistema biologico e per ogni singolo soggetto, significa però anche rischio costante, com'è intuitivo; rischio che la funzione di dissipazione sia compromessa avendosi così la degradazione (malattia) o la fine (morte).

Se l'uomo esiste con la sua libertà, esiste dunque necessariamente anche con il suo dolore, perché entrambi sono fondati sull'assenza di una rigida necessità causale che governi, nell'ambito dello *hardware* di cui egli è strutturato, i processi elementari possibili. Adamo venne creato libero (e fu anche peccatore) ma a prezzo di dolore, malattia e morte; e non soltanto per lui ma per tutto l'Universo del quale è parte.

Libertà e dolore hanno questo denominatore comune: l'indeterminismo. Così il dolore è il terribile prezzo della nostra libertà. La celebre domanda di Fëdor Dostoevsky, se la felicità eterna meriti davvero la tragedia del dolore innocente, va posta in altro modo: ci si chiederà se la nostra stessa esistenza di soggetti senzienti e liberi valga tutto il dolore dell'umanità, anche senza tener conto di quello provocato dal cattivo uso della nostra libertà. E sarà tuttavia sempre arduo trovare una risposta.

Il male metafisico leibniziano,⁴³ ossia il limite della perfezione delle creature finite in quanto tali, è una privazione (di bene) costitutiva della creatura, ma non è per sé stesso corruzione di ciò che alla creatura è dovuto. Il passaggio dal male metafisico alla corruzione delle perfezioni *dovute* significa l'affermarsi del male come incomprensibile sciagura; ma questo si deve all'introduzione nella materia di quella proprietà fondamentale di cui abbiamo parlato, l'indeterminazione, che non è altro che un certo grado di libertà cosmica entro il cui pur limitato ambito i processi naturali possono divergere imprevedibilmente, e addirittura oltrepassare il bacino d'attrazione proprio.

Essendo tale indeterminazione una necessaria (anche se non sufficiente) condizione per la libertà umana, è insieme alla possibile sciagura che si stabilisce per l'uomo la possibilità del peccato.

Se l'atto creativo ha voluto che le creature si facciano da sé stesse nella loro libertà, esso accompagna tutta l'evoluzione cosmica nel rispetto del suo farsi, e nel caso dell'uomo "...al cuore dell'atto creatore sta l'assoluto rispetto di una creatura che deve crearsi da sé e non può farlo senza sofferenza...".⁴⁴

La creazione della libertà dell'uomo presuppone il dolore cosmico. Ma Dio stesso entra in questa sofferenza.⁴⁵

LA LIBERTÀ, E IL MALE PERMESSO, NELL'EVOLUZIONE E NELL'AUTOPOIESI

È ben noto che il darwinismo fa appello al caso (e alla selezione) per giustificare l'intera serie evolutiva: biologica, prebiologica, cosmologica. Il caso sarebbe così l'artefice della complessificazione degli organismi e, prima, delle cellule e protocellule, delle molecole e addirittura della possibilità di selezione, tra gli infiniti universi di cui si pretende l'esistenza nello spazio e nel tempo, di quello adatto alla comparsa di tutto ciò.⁴⁶

Negli anni recenti si è imposta un'integrazione del darwinismo, con la scoperta degli stati auto-organizzati della materia permessi dalla fisica del non equilibrio.⁴⁷ Il

passaggio verso la complessità è collegato alla biforcazione di nuovi rami di soluzioni matematiche che nascono dall'instabilità di dinamiche caotiche. Queste instabilità di moti associati al caos "...permettono al sistema di esplorare continuamente il suo spazio delle fasi creando così informazione e complessità."⁴⁸

Accanto alla selezione, di cui peraltro sono stati descritti i limiti,⁴⁹ occorre dunque che operi un ordine interno ai sistemi per cui tra essa e l'auto-organizzazione è essenziale la complementarità: "Soltanto i sistemi che sono in grado di organizzarsi spontaneamente sono capaci di ulteriore evoluzione."⁵⁰ L'evoluzione procede dunque per tentativi, ha capacità creative, ma è sostenuta nel suo percorso da una serie di emergenze di forme (*attrattori*) che hanno indotto taluni a ipotizzare un campo delle forme: "campo morfogenetico", o "morfogenetico", o "campo evolutivo".⁵¹

Le mutazioni rendono i fenotipi abbastanza fluidi per cambiare, la selezione implementa preferenzialmente particolari cambiamenti, ma il risultato complessivo, la direzione del flusso evolutivo, è da attribuire come per un corso d'acqua al paesaggio che lo condiziona, pur essendo in questo caso invisibile, paesaggio composto dai potenziali fenotipi più prossimi e condizionato dal contesto, lo spazio degli stati matematico che include non solo ciò che si realizza ma anche quello che sarebbe potuto accadere in alternativa.

Ma appunto l'indeterminismo fondamentale, rappresentato dalle fluttuazioni quantistiche, amplificate dall'instabilità delle dinamiche caotiche, garantisce che il sistema può trovare anche ciò che sarebbe potuto accadere in alternativa.

Il progresso della conoscenza ha compreso, sia pure attraverso errori, che la natura esprime dei *temi*, perché vi ha trovato delle forme che «sono là»: quando Keplero analizzava le orbite dei pianeti del sistema copernicano, vi ritrovava le curve che Apollonio di Perga aveva studiato secoli prima per la loro bellezza matematica, alla stessa maniera che Einstein trovava nello spazio della relatività generale le forme della geometria di Riemann.⁵²

Il progresso dell'evoluzione ha trovato anch'esso, attraverso tentativi ed errori, il campo delle forme, gli archetipi attrattori.⁵³ Questo "trovare" le forme può essere definito veramente creativo perché, come dice il Manzoni, "l'inventare non è altro che un vero trovare".⁵⁴

Da un punto di vista metafisico un processo evolutivo *deterministico* potrebbe sembrare a prima vista un atto creativo più adeguato ad ottenere con sicurezza il suo fine. Ma se il fine era la comparsa di esseri senzienti e di un Ego,⁵⁵ allora le dinamiche del processo destinate a sostanziarli dovevano corrispondere ad un'informazione non tassativa. È per questo che la creazione si presenta sotto l'aspetto di un'evoluzione che è un'avventura; ed è per questo che dovevano esserci le galassie. Infatti, in questo universo, l'entropia cosmica viene diluita più rapidamente di quanto sia prodotta, per effetto dell'espansione; e grazie ai disequilibri a questa connessi, mentre una certa quantità di energia viene prodotta, la differenza con la massima entropia producibile si esprime come informazione. La quale, come *campo delle forme* (condizioni iniziali, forze, leggi, archetipi), esiste fin dall'origine e via via si svela, è creazione che si svolge: il processo evolutivo cerca le forme nella progressione della complessità, ma non essendo deterministico, i suoi tentativi hanno una qualche probabilità, non una necessità, di trovarle ed esaurirle; per questo le occasioni devono essere certamente numerose, come le stelle del cielo.

In conclusione, da un lato è evidente un'"impressionante simmetria" sottesa all'universo, ma d'altro lato vediamo che le simmetrie "sono invariabilmente *quasi*

simmetrie, e che le piccole violazioni che osserviamo sono altrettanto necessarie alla nostra esistenza”.⁵⁶ Vi è un piccolo ma fondamentale spazio lasciato, oltre che alla libertà, anche al caso, che alcuni interpretano come campo d’azione di “cause indeterministiche”, o in qualche modo al di fuori del principio di ragione sufficiente, spazio di creatività lasciato alla creatura, e che è quindi anche non-creazione (del male), mancanza di essere partecipato e cioè di bene, penetrazione del Niente (il *Nichtige* di cui parla Barth)⁵⁷ nell’evoluzione.

A questo riguardo la difficoltà del concetto di onnipotenza quale abitualmente inteso è nota ed è antica, da Epicuro a H. Jonas,⁵⁸ e condivisa da R. Panikkar.⁵⁹ “Il male c’è solo in quanto Dio non è onnipotente”...⁶⁰ Prescindendo dal male dovuto direttamente all’azione degli uomini, non si tratta infatti solo di male metafisico legato alla finitezza del creato, ma anche di privazione di perfezioni dovute, perché l’incompletezza algoritmica e l’indeterminazione, che ne sono causa, sono qualità non necessarie di una materia finita. Divengono necessarie per garantire, come s’è detto, la possibilità della libera autodeterminazione ed è per questo fine, per questo bene, che il creatore ha *dovuto* lasciare al caso una parte della creazione.

Secondo N. Venturini “...è necessario che tra bene superiore voluto e male permesso ci sia [...] un nesso tale che non sia possibile volere l’uno senza permettere l’altro, ma a noi questo nesso non è dato di coglierlo”.⁶¹ Forse questo pessimismo è eccessivo; forse qualche barlume, nel grande mistero, possiamo trovarlo.

¹ A. MOSCHETTI, *E Agostino mi risponde*, Padova, Gregoriana, 1989, p. 65.

² A. MOSCHETTI, *E Agostino mi risponde*, cit., p. 68.

³ J. MONOD, *Il caso e la necessità*, Milano, Mondadori, 1970, p. 138 e 143.

⁴ D.C.DENNETT, *Darwin’s dangerous idea*, in «The Sciences», 35 (1995), pp. 34-40.

⁵ Algoritmo: termine matematico che designa qualsiasi procedimento per risolvere un problema tramite una serie di passi precisi.

⁶ P.W. ATKINS, *Creation revisited*, Oxford, Freeman, p. 134.

⁷ J. MONOD, *Il caso e la necessità*, cit., p. 84.

⁸ E. SCHRÖDINGER, *Che cos’è la vita*, Firenze, Sansoni, 1947, p. 12.

⁹ M. ZATTI, *Evolution, beauty and pain*, «Riv. Biol.-Biology Forum», 85 (1992), pp. 25-31; M. ZATTI, *Anthropic Biology* in: *The Anthropic Principle*, a cura di F. Bertola e U. Curi, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1993, pp. 129-142; M. ZATTI, *Il dolore nel creato*, Bologna, Dehoniane, 1994; M. ZATTI, *Libertà e dolore alla luce del Principio Antropico*, in «Medicina e Morale», 3 (1994), pp. 469-474; M. ZATTI, *Il caso e la complessità* in «Kos», 13 (1996), pp. 36-41; M. ZATTI, *Filosofia naturale del dolore*, in «Dialegesthai», 4 (2002), <<http://mondodomani.org/>>.

¹⁰ Emergenza (ingl. “*emergence*”), significa la comparsa, l’emergere, dall’insieme auto-organizzato di varie componenti di un sistema, di nuove proprietà non presenti nelle singole parti.

¹¹ S.A. KAUFFMAN, *The Origins of Order*, New York, Oxford University Press, 1993.

¹² I. PRIGOGINE, I. STENGERS, *La Nouvelle Alliance*, Poitiers, Gallimard, 1979; R. THOM, *Stabilità strutturale e morfogenesi*, Torino, Einaudi, 1980; G. NICOLIS, I. PRIGOGINE, *La complessità*, Torino, Einaudi, 1991; F. CRAMER, *Chaos and Order*, Weinheim, VCH Verlagsgesellschaft, 1993.

¹³ I. PRIGOGINE, I. STENGERS, *La Nouvelle Alliance*, cit.

¹⁴ R. THOM, *Stabilità strutturale e morfogenesi*, cit.

¹⁵ F. CRAMER, *Chaos and Order*, cit, p. 172.

¹⁶ S.A. KAUFFMAN, *At home in the universe*, New York, Oxford University Press, 1995.

¹⁷ K. RAHNER, *Science, évolution et pensée chrétienne*, Paris, Desclée De Brouwer, 1967.

¹⁸ F.T. ARECCHI, A. FARINI, *Lexicon of Complexity*, Firenze, Studio Editoriale Fiorentino, 1996, p. 79.

¹⁹ P. MUSSO, *Filosofia del caos*, Milano, Franco Angeli, 1997, pp.174.

²⁰ F. CRICK, *The Astonishing Hypothesis: The Scientific Search for the Soul*, London, Simon &

Schuster, 1994.

²¹ S.H. HAMEROFF, R. PENROSE, *Orchestrated reduction of quantum coherence in brain microtubules: a model of consciousness*, in: *Toward a Science of Consciousness*, a cura di S.H. Hameroff, A.W. Kaszniak, A.C. Scott, Cambridge (Ma), MIT Press, 1996, pp. 507-540. Nell'elaborata ipotesi degli Autori secondo cui il collasso della funzione d'onda, per l'influenza della coscienza, potrebbe non sortire effetti casuali, non viene spiegata alcuna proprietà della coscienza ma soltanto una sua possibile modalità di esplicare un ruolo fisico, di influenzare operazioni cerebrali: vedi D.J. CHALMERS, *Facing up to the problem of consciousness*, ibidem, pp. 6-28. L'indeterminazione, in quanto tale, non può costituire l'origine dell'atto libero; tuttavia può essere necessaria come mezzo. Per un approfondimento si veda la discussione sugli aspetti problematici del rapporto tra libertà e determinismo/indeterminismo in: AA.VV. *Between Chance and Choice*, a cura di H. Hatmanspacher and R. Bishop, Thorverton, Imprint Acad., 2002, e in particolare il contributo di M. DORATO, *Determinism, Chance and Freedom*, ibidem, pp. 379-390 per l'ipotesi, diversa dalla nostra, che il cervello umano sia la causa esclusiva delle capacità mentali.

²² K. MAINZER, *Thinking in complexity*, Berlin, Springer-Verlag, 1994.

²³ L'energia minima necessaria, trattandosi di un bit, è calcolabile ed è il logaritmo in base e di 2 moltiplicato per la costante di Boltzmann e per la temperatura assoluta. Per produrre una tale energia occorre dare avvio ad opportune reazioni biochimiche esoergoniche.

²⁴ K. GÖDEL, *Collected works*, a cura di S. Feferman, New York, Oxford University Press, 1986, pp. 145-195.

²⁵ J. MARITAIN, *Il contadino della Garonna*, Brescia, Morcelliana, 1973, p. 166.

²⁶ G.F. BASTI, *Filosofia dell'uomo*, Bologna, ESD, 1995, p. 351.

²⁷ Pierre Simon de Laplace, matematico francese vissuto nel diciottesimo secolo, sosteneva che, se si conosce lo stato di un sistema in un certo istante e le leggi che ne regolano le modificazioni, si potrebbe con certezza prevederne il comportamento futuro: "Se noi immaginassimo un'intelligenza che a un istante dato comprendesse tutte le relazioni fra le entità di questo universo, essa potrebbe conoscere le rispettive posizioni, i moti e le disposizioni generali di tutte quelle entità in qualunque istante del passato e del futuro" (P.S. LAPLACE, *Essai philosophique sur le probabilités*. In *Oeuvres complètes de Laplace*, Paris, Gauthier-Villar, 1814).

²⁸ F. BERTELÈ, A. OLMI, A. SALUCCI, A. STRUMIA, *Scienza, analogia, astrazione*, Padova, Il Poligrafo, 1999, pp. 251-265.

²⁹ P. KNIGHT, *Where the weirdness comes from*, in «Nature», 395 (1998), pp. 12-13; S. DÜRR, T. NONN, G. REMPE, *Origin of quantum-mechanical complementarity probed by a which-way experiment in an atom interferometer*, in «Nature», 395 (1998), pp. 33-37.

³⁰ D.R. HOFSTADTER, *I paradossi della meccanica quantistica*, in «Le Scienze», 33 (1986), p. 13.

³¹ F. WEINERT, *Quantum mechanics: the physicist turns philosopher*, Conference Proceedings of 100 Years of Quantum Theory, Madrid, 22-25 Nov., 2000.

³² G. NICOLIS, I. PRIGOGINE, *La complessità*, cit.; F. CRAMER, *Chaos and Order*, cit.; G.P. WILLIAMS, *Chaos theory tamed*, London, Taylor & Francis, 1997; P. BELLAVITE, G.C. ANDRIGHETTO, M. ZATTI, *Omeostasi, complessità e caos*, Milano, Franco Angeli, 1995.

³³ K. POPPER, *L'universo aperto*, Milano, Il Saggiatore, 1984.

³⁴ A. STEPHAN, *Emergentism, irreducibility and downward causation*, in «Grazer Philosophische Studien», 65 (2002), pp. 77-93.

³⁵ P.W. ATKINS, *La Creazione*, Bologna, Zanichelli, 1985, pp. 23-25; J.D. WATSON, *Molecular biology of the gene*, New York, Benjamin, 1965, p.102-140. Nel citato libro di J.D. Watson sono esposte sinteticamente le proprietà dei legami deboli tra molecole dei sistemi biologici. Tra questi legami (forze di van der Waals, legami a idrogeno, legami ionici) i più deboli sono quelli di van der Waals (da 1 a 2 kcal/mola) appena leggermente più forti dell'energia cinetica dei moti termici. Le energie dei legami a idrogeno e ionici vanno da 3 a 7 kcal/mola. Ne viene che l'energia dei più forti legami deboli è soltanto circa dieci volte maggiore dell'energia cinetica media da calore a 25°C (0,6 kcal/mola), la quale però ha valori molto dispersi, per cui sempre esistono a temperature fisiologiche molte molecole con energia cinetica sufficiente a rompere anche i più forti tra i legami deboli, i quali tutti pertanto sono costantemente soggetti a rompersi e rifarsi.

³⁶ R. PENROSE, *The emperor's new mind*, New York, Oxford University Press, 1989, p.226.

-
- ³⁷ M. RUSE, *Can a darwinian be a christian?* Cambridge, Cambridge University Press, 2001, pp. 134-138.
- ³⁸ B.R. REICHENBACH, citato da M. RUSE, *Can a darwinian be a christian?*, cit.
- ³⁹ G.F. BASTI, *Filosofia dell'uomo*, cit., pp. 264-65. L'autore specifica che il determinismo causale sarebbe armonizzabile con la libertà perché "per giustificare la possibilità della libertà è sufficiente, come ha evidenziato Tommaso, che le cause (seconde) per sé necessarie alla produzione di un certo effetto, siano in sé contingenti...".
- ⁴⁰ M. ARTIGAS, J.J. SANGUINETI, *Filosofia della natura*, Firenze, Le Mounier, 1989, p.242.
- ⁴¹ M. DORATO, *Determinism, Chance and Freedom*, cit.
- ⁴² F.T. ARECCHI, I. ARECCHI, *I simboli e la realtà*, Milano, Jaca Book, 1990.
- ⁴³ Da G. W. von Leibniz (1646-1716) filosofo e matematico tedesco. Per Leibniz la divinità è la coesistenza in una persona di tutti i predicati possibili, cioè di tutte le realtà pensabili: Dio è al tempo stesso un perfetto orologiaio e il più perfetto dei governanti. Scrive la Teodicea, una riflessione sul male con dimostrazione della giustizia di Dio e polemizza contro coloro che considerano incompatibili fede e ragione.
- ⁴⁴ F. VARILLON, *Gioia di credere gioia di vivere*, Bologna, EDB, 2000, p.159.
- ⁴⁵ V. MANCUSO, *Il dolore innocente*, Milano, Mondadori, 2002.
- ⁴⁶ D.C. DENNETT, *Darwin's dangerous idea*, in «The Sciences», 35, 1995, pp. 34-40.
- ⁴⁷ G. NICOLIS, I. PRIGOGINE, *La complessità*, cit.; S.A. KAUFFMAN, *The Origins of Order*, cit..
- ⁴⁸ G. NICOLIS, I. PRIGOGINE, *La complessità*, cit., p. 222.
- ⁴⁹ S.A. KAUFFMAN, *At home in the universe*, cit., pp. 183-189.
- ⁵⁰ S.A. KAUFFMAN, *At home in the universe*, cit., p.185.
- ⁵¹ E. LASZLO, *L'ipotesi del campo Ψ* , Bergamo, Lubrina, 1987; F. CRAMER, *Chaos and Order*, cit.; G.C. WEBSTER, B.C. GOODWIN, *Il problema della forma in biologia*, Roma, Armando, 1988; L.V. BELOUSSOV, *Morphogenetic fields: outlining the alternatives and enlarging the context*, in «Riv. Biol.-Biology Forum», 94 (2001), pp. 219-236.
- ⁵² S. CHANDRASEKHAR, *Truth and Beauty*, Chicago, Chicago University Press, 1987.
- ⁵³ R. THOM, *Stabilità strutturale e morfogenesi*, Torino, Einaudi, 1980.
- ⁵⁴ Citato da U. COLOMBO, *Manzoni dalla poetica alla metafisica*, in «Per la filosofia», IX (1992), pp. 39-51.
- ⁵⁵ C. BORGHI, *Se volessimo vederci chiaro*, Milano, Jaca Book, 1976.
- ⁵⁶ J.D.VBARROW, J. SILK *La mano sinistra della creazione*, Milano, Mondadori, 1985, p. 232.
- ⁵⁷ K. BARTH *Dio e il Niente*. Brescia, Morcelliana, 2000, p. 152.
- ⁵⁸ N. VENTURINI *Perché il male?* Catanzaro, Rubettino, 2000.
- ⁵⁹ R. PANIKKAR *La pienezza dell'uomo*, Milano, Jaca Book, 1999, pp. 140-141.
- ⁶⁰ H. JONAS *Il concetto di Dio dopo Auschwitz*. Genova, Melangolo, 1989, p. 32.
- ⁶¹ N. VENTURINI *Perché il male?*, cit., p. 311.

ANTROPOLOGIA DEL DOLORE NELL'ANTICHITÀ

Paolo Aldo Rossi

Πολλάκις τα παθήματα τοῖς ἀνθρώποις μαθήματα γίνονται
(*Pollàchis ta pathèmata tois anthròpois mathèmata gìgvetai* - Spesso i dolori sono insegnamenti per gli uomini)

Esopo¹

“Le mie spiacevoli sofferenze - dice Erodoto in *Storie*. I, 207, 1 - sono di insegnamento” e lo pone in bocca a Creso, il re lidio, per dire che il saggio impara dai dolori altrui, quasi a riprendere l'antica sentenza: “Ho imparato osservando i mali degli altri”. Il “*pàthei mathòs*”, “l'imparare soffrendo” è una norma di legge generale; ossia chi commette una colpa, dopo aver pagato le conseguenze della propria azione, capisce il proprio errore.

Il termine greco *παθος* - *pathos*, che starebbe per “ciò che si prova, passivamente, nel bene o nel male, nel fisico o nel morale” indica, appunto con il verbo *πάσχω* - *pàsko*, proprio lo stato passivo dove è capitato un accidente, un caso, una contingenza ad una determinata persona. Seppur il verbo presenti un duplice significato che, inizialmente, sta per “provo una impressione, una sensazione, un sentimento gradito o spiacevole”, alla fine lo si usa, generalmente, per “soffro, sopporto, subisco ... dolori, mali, sventure, pene, sofferenze”. Il latino *patior* e l'italiano *patire* sono chiari: ciò che si patisce è sempre pena, patimento, sofferenza, miseria, danno, sciagura, disgrazia, calamità, sconfitta ... ma mai una gioia.

La gioia, “*Freunde, schöne Götterfunken, Tochter aus Elysium*”, splendida scintilla divina, figlia dell'Eliso, appicca l'incendio al tutto e tutti ne aspirano a farne parte, perché essa sia condivisa da più persone che ne sono beneficiate anche a diverso livello; iniziata, al passivo, come una scintilla che dovunque si applica, essa da *passio* si trasforma subito in *actio* ed esige che più di una persona ne faccia parte. Addirittura, molte più persone ne sono partecipi, più una gioia diventa perfetta. Si veda nei casi di grandi gioie dovute a vittorie sportive o politiche, dove tutti ne sono facenti parte: dal comune tifoso, che passa la notte a urlare la propria gioia con migliaia di altri, allo staff tecnico ed ai vincitori propriamente detti che non la smettono di esultare, felicitarsi e rallegrarsi l'un con l'altro.

“Il dolore può bastare a se stesso, - scrisse Mark Twain in *Following the Equator* - ma una gioia, per apprezzarla a fondo bisogna avere qualcuno con cui dividerla”. Il noto proverbio “Mal comune, mezzo gaudio” si riferisce all'evento che un dolore da più persone sofferto, per il solo fatto di essere intersoggettivabile e comunicabile, cessa di essere patimento e si trasforma in un qualcosa di molto simile al disagio o al

malessere, ossia alla mezza contentezza. Un qualcosa di condivisibile con gli altri uomini sia sul piano della cognizione e dell'esperienza che su quello della ragione ci fa comprendere d'essere pezzi di qualcosa, di non essere delle isole ma parti di un continente, d'essere uomini che sanno di godere e di tribolare insieme.

Un uomo, è vero, ha sempre la pretesa di patire di più di chiunque altro perché non partecipa con altri uomini di tale passione e quindi del suo dolore: questo dolore, per il fatto d'essere unico ed irripetibile, sarà anche indefinibile ed incomunicabile

La prima delle favole di Esopo racconta:

I Beni erano troppo deboli per difendersi, e così furono cacciati via dai Mali. Allora se ne volarono in cielo, chiedendo a Zeus come dovevano fare per aiutare gli uomini. Ed egli li consigliò di non andare tutti insieme, ma di presentarsi loro uno alla volta. Ecco perché i Mali, che dimorano vicini agli uomini, li assalgono senza tregua, mentre i Beni, dovendo scendere dal cielo, arrivano con molta lentezza. I beni, nessuno riesce ad ottenerli rapidamente, mentre non passa giorno senza che ognuno sia bersagliato dai mali.²

Nella Grecia antica l'espressione *πάθος* - *pàtos* è ogni affezione dell'anima che sia accompagnata dal piacere o dal dolore, dove il piacere ed il dolore sono segno di una reazione immediata dell'essere vivente ad una situazione favorevole o sfavorevole, tale che questo sia disposto ad affrontare la situazione con tutti i mezzi di cui sia in possesso.

Platone dichiara che il dolore si ha quando la proporzione delle parti che compongono l'essere vivente risulta predominata, compromessa o controllata di modo che manchi l'armonia, mentre si ha il piacere quando tale armonia viene ristabilita.³ Platone afferma:⁴

... quanto v'è di utile nel suono musicale è stato dato all'udito a ragione dell'armonia. L'armonia, i cui movimenti sono affini alle rivoluzioni periodiche dell'anima (*περιοδοίς* - *periòdois*) che sono in noi, non serve - come qualcuno crede - ad irragionevoli dilette; ma a chi si giova delle Muse con intelligenza, dalle Muse stesse la riceve in dono per comporre in modo ordinato e rendere consono a se stesso (*κατακοσμησις και συμφωνία* - *katakosmesis kai sumfonia*) - il moto periodico dell'anima che fosse divenuto discorde in noi; e così il ritmo, che per nostra costituzione sarebbe in noi privo di misura e di grazia, fu dato da quelle come aiuto allo stesso scopo.

L'anima dell'uomo, quindi, può congiungersi all'anima del mondo in sinfonia armonica (in perfetta comunicazione teleologicamente auto regolata) con una serie continua di retroazioni tendenti costantemente ad un fine: mantenere in equilibrio dinamico l'ordine psichico e l'ordine cosmico secondo inviolabili leggi regolate da Necessità.

Nella fase aurorale del pensiero greco, il tempo in cui germinano i concetti che più tardi si dispiegheranno nella possente speculazione attica, la nozione di causalità rimanda a una connessione razionale intesa come concatenazione di eventi regolati secondo giustizia (correttezza logica ed armonia etica) al fine di mantenere l'armonia del cosmo in un incessante processo di equilibrio dinamico. La rottura dell'equilibrio, condizione ineludibile del divenire, è la minaccia estrema. L'accadere è incominciare a essere o uscire dal niente, è la colpa radicale che esige di necessità la riparazione e l'espiazione tramite la pena. Il farsi altro dall'*ἀπειρον* - *apeiron*⁵ è percorrere i sentieri della metamorfosi, le strade dell'apparire e dello scomparire, del nascere e del morire (l'origine da - l'annullarsi in). In definitiva è l'ingresso nella storia e il sottomettersi al destino. Nella dinamica per cui dal *Chaos* nasce il *Cosmo* (grazie al *logos*, la parola che genera e mantiene l'*Armonia*) si assiste come a una immane

battaglia fra il principio dell'ordine e quello del disordine, una contesa che dura dall'inizio dei tempi e percorre incessantemente gli spazi della storia dell'universo secondo un ciclo di incessanti alternanze.

L'andare oltre, l'inoltrarsi nella regione del disordine, rappresenta per il mondo greco l'autentico tentativo di sopraffazione della morte nei confronti della vita, significa l'aver sconfinato nelle terre dove non v'è la presenza del dio e, di conseguenza, dove non può esservi la sua immagine: l'uomo. Laddove non v'è ordine non v'è armonia, dove non v'è armonia non vi è vita, dove non è vita non v'è l'uomo, dove non v'è l'uomo non v'è la *polis* - e qui il cerchio si chiude - dove non v'è la *polis* non vi è ordine. La quadruplica armonia pitagorica (basata sulla sacra *tetrakis*) era stata teorizzata fin dall'inizio in questi termini: armonia fra arco e corda, fra corpo e anima, fra cittadino e stato, fra le sfere e il cielo stellato.

Il pensiero greco ha intuito che l'armonia si genera dalla lotta, l'ordine dal disordine, la vita dalla morte. “L'armonia - dice Filolao - si origina dai contrari, poiché essa è fusione del molteplice e concordia del discorde”.⁶ Allorché Platone nel costruire il mirabile mito cosmologico del *Timeo*, volle delineare il caos precedente all'ordinamento demiurgico del mondo, secondo la classica scansione che progressivamente perviene alla realizzazione della sintassi fisica, dell'armonia etica e della verità logica, scrive:⁷

Tutti questi elementi erano disposti allora senza ragione e senza misura ... erano in quello stato in cui è naturale sia ogni cosa quando Dio non è presente.

Il dio greco che è ordinatore, ma non creatore, pone ordine nel caos, ricompone le sparse membra dell'universo, traccia limiti e confini risuggellando l'illimitato indeterminato entro precise strutture ordinate; egli è presente laddove c'è vita e s'allontana nel momento in cui la morte riconferma il disordine. Egli è il demiurgo, l'artigiano che opera secondo i dettami di armonia. Il termine platonico *δημιουργος* - *demiourgos* sta letteralmente per “colui che lavora per il pubblico” ossia l'artigiano. A differenza del “poeta” (da *ποίησις* - *poiesis* = generare) che esercita l'arte creativa del “mettere al mondo”, il demiurgo è l'artefice che sa connettere ed accordare, secondo un disegno coerente, le parti di un tutto. Il verbo che indica l'azione del demiurgo è *αρμολογέω* - *armozo*, sta per “accordare, comporre, connettere ...”, da cui armonia (collegamento, giuntura, connessioni, trama). Non è casuale che la lingua greca, la cui ricchezza semantica è davvero imponente, utilizzi lo stesso termine per indicare sia l'arco che la vita (*βίος*-*biòs*).⁸ L'arco e la lira, che hanno medesima forma, ma diversa funzione, sono gli strumenti di Apollo, il dio che con l'arco produce la morte e con la lira conserva la vita, producendo l'armonia che regge l'ordine del mondo. L'arco è la morte, è la materia che si agita discorde, il corpo senza vita; dalla vibrazione della sua corda si genera il moto che spinge le frecce che portano il disordine della morte, mentre dalle vibrazioni delle corde della lira nasce la sinfonia che mette concordia nell'inesauribile lotta fra gli elementi. Nel *Fedone* il pitagorico Simmia dichiara che l'anima è armonia e che essa sta al cosmo come l'armonia del numero pari sta alla lira. Come l'incorporea musica si integra al corpo della lira anche “L'anima si integra nel corpo per mezzo del numero e della immortale armonia ... L'anima ama il corpo perché senza di esso non potrebbe usare i sensi”.⁹ Fra la vita e la morte, fra l'ordine ed il disordine, vi sono degli stati tipici dell'uomo che è attratto dall'armonia e respinto dal caos, che è attratto dalla gioia e respinto dal dolore.

In altre parole per Platone gli stati di piacere e di dolore sono fondamentali per l'essere del vivente in questo mondo, perché essi sono i modi di sentire l'armonia. "Ha vera musica in sé colui che ha composto una sinfonia accordando l'armonia del corpo con quella dell'anima."¹⁰

Aristotele i piaceri li tratta come attuazione di abiti, desideri o stati naturali e i dolori al contrario:¹¹

Sia definito che il piacere è un determinato movimento dell'animo, è un ritorno totale e sensibile allo stato naturale, e che il dolore è il contrario. Necessariamente, dunque, è piacevole per lo più il tendere allo stato di natura, ... ciò che non è forzato; infatti la costrizione è contro natura... Gli affanni, i travagli, gli sforzi sono dolorosi, giacché sono imposti da necessità e forzati, se non vi si è abituati... E ciò di cui sia in noi il desiderio è sempre piacevole; il desiderio è infatti impulso verso una cosa piacevole.

Il ristabilimento ed il ripristino di una condizione naturale o la ricostituzione di un moto naturale (sia del corpo che dell'anima) valgono per lui, in fisica come in antropologia: "il desiderio è infatti impulso verso una cosa piacevole" come il moto naturale. Così scrive ancora Aristotele:¹²

Definiamo che la paura è un dolore o un turbamento proveniente dall'immaginazione di un male che può giungere, portante distruzione o dolore; infatti, non si temono tutti i mali, ad esempio di essere ingiusto o tardo di mente, bensì solo quelli che possono procurare gravi dolori e distruzioni; e occorre anche che questi mali non appaiano lontani, ma prossimi e tali da essere imminenti. Infatti quelli molto lontani non si temono; tutti gli uomini infatti sanno che moriranno, ma poiché la morte non è prossima, non se ne preoccupano per nulla. Se questo è il timore, è necessario che le cose che lo suscitano siano tutte tali da sembrar avere grande potenza di distruggere o di provocare danni che producano un grande dolore. Perciò persino i segni di tali cose sono temibili; infatti la cosa che si teme appare prossima; e appunto in ciò consiste il pericolo, nell'avvicinarsi di una cosa temibile.

Con questa analisi, metafisicamente opposta a quella platonica, Aristotele definisce il dolore come il temuto e la gioia come il desiderato, non in quanto essi sono l'imperfetto e il perfetto in sé, ma il perfetto in quanto voluto, ambito, cercato, l'imperfetto in quanto paventato.

Ora il dolore è un indice della situazione ostile e sfavorevole in cui l'essere vivente si trova, e al contrario la gioia indica una situazione favorevole; esse sono delle emozioni ed hanno delle funzioni nella economia dell'esistenza umana: in Platone indici di armonia/disarmonia, mentre in Aristotele indici di desiderabile/indesiderabile o anche come valori in positivo ed in negativo.

Per gli Stoici le emozioni non sono né degli istinti né delle ragioni, ma solo delle opinioni prive di senso o dei giudizi errati. Cicerone¹³ le definisce fenomeni di stoltezza e di ignoranza che fanno sì che "si giudichi di sapere ciò che non si sa". Il saggio ne è immune per il fatto stesso di essere saggio, egli mette in atto l'*apatia*; ben sa che esistono quattro fondamentali emozioni: la brama dei beni futuri e il timore dei mali futuri e la letizia dei beni presenti e l'afflizione dei mali presenti, ma egli contro di questi fa intervenire la volontà, la gioia, e la precauzione, tre stati di equilibrio razionale.

Sant'Agostino, a questo punto, fa intervenire la volontà, il principio dell'azione dove qualunque essere vivente agisce in vista della soddisfazione di un bisogno, dell'appagamento di un desiderio o della realizzazione di un fine:¹⁴

La volontà è in tutti i moti dell'animo anzi tutti i moti dell'animo non sono altro che volontà. Cosa sono infatti la cupidigia e la letizia se non volontà consenziente alle cose desiderate? E

che cosa sono paura e la tristezza se non volontà che ripugna da cose non volute? Secondo la diversità delle cose che si desiderano o si fuggono, la volontà umana, rimanendone attratta o ripugnandone si muta e si volge in questa o quest'altra emozione.

Siano i dolori considerati come indice di disarmonia, come valore in negativo, come espressione della volontà, essi valgono come *παθηματα-μαθηματα* (*pathemata-mathemata*) ossia "I dolori sono insegnamenti".

"La saggezza - aveva scritto Eschilo nell'*Agamennone* - si conquista attraverso la sofferenza".

¹ ESOPO, Favole, 183 Il cane e il macellaio.

² ESOPO, Favole, I.

³ PLATONE, *Filebo* 17,31 d, 32 a.

⁴ PLATONE, *Timeo*, 47d. Oxford, 1899-1906.

⁵ *A-peiron*: lett. "ciò che non ha esperienza", ma anche "illimitato", "infinito".

⁶ Filolao 32 B 10 in Diels Kranz, *Die Fragmente der Vorsokratiker*, 5a Edizione, 1934. D'ora in avanti useremo DK.

⁷ PLATONE, *Timeo*, 52 d 2, Burnet, Oxford, 1899-1906.

⁸ "Dell'arco, invero, il nome è vita, ma l'opera è morte" (ERACLITO, DK 22 B 48). "Alcuni non comprendono come, disgiungendosi, con se stesso si accordi, una trama di rovesciamenti, come appunto quella dell'arco e della lira" (ERACLITO, DK, 22 B 51).

⁹ DK B 6 11 22.

¹⁰ PLATONE, *Timeo*, IX, 591 d Burnet, Oxford, 1899-1906.

¹¹ ARISTOTELE, *Rethorica*. I, 11, 1369 b 33 e anche *Ehtica. nicomachea*. Oxford, ed Bywather, 1957, VII, 13, 1153 a 14.

¹² *ibidem*, *Rethorica*. II, 5, 1382, a, 20.

¹³ M. T. CICERONE, *Tusculane disputationes*. Ed Pohlens, Lipsia 1918, 4, 26.

¹⁴ AGOSTINO, *De Civitate Dei*, XIV, 6.

INTERPRETAZIONE DEL DOLORE NELLE TRADIZIONI MEDICHE ORIENTALI

Marialucia Semizzi

*La mente precede tutti i suoi oggetti,
la mente è la sorgente e il dominatore:
fatti di mente son essi;
se parli o agisci con mente impura,
allora la sofferenza ti seguirà
come la ruota lo zoccolo del bue;
se parli o agisci con mente pura,
allora la felicità ti seguirà
come l'ombra che mai ti lascia.*
(Dhammapada, I versi gemelli, 1-2)

*Niente ha presa sul corpo
quando lo spirito non è turbato.
Niente può nuocere al saggio,
avvolto nell'integrità della sua natura,
protetto dalla libertà del suo spirito.*
(Lieh-tzu, II)

Ogni tipo di medicina ha un approccio al problema salute-malattia che è parziale per definizione ed è di volta in volta quello più utile per affrontare dalla propria prospettiva la situazione presentata dal paziente.

In generale la medicina occidentale è molto adatta a risolvere i sintomi di dolore, ma diventa molto meno adatta ad affrontare le situazioni genericamente di “sofferenza”, per le quali l'approccio organicista risulta spesso completamente inadeguato. Questa è una delle ragioni per cui vale la pena di interrogarsi sulle risposte che le varie culture hanno dato e danno alla sofferenza umana e su come sistemi medici diversi dal nostro rispondano alle domande di cura dei malati sofferenti. Nel presente contributo si cercherà di esaminare come rispondono le medicine tradizionali orientali.

Nonostante la civiltà occidentale e quella orientale siano state in contatto e scambio reciproco fin dai tempi antichi, la visione orientale della vita, della sofferenza e della morte differisce da quella occidentale che deriva dal pensiero greco (cinismo, stoicismo, scetticismo, epicureismo, eccetera) per quanto attiene il pensiero laico e dalla visione giudaico cristiana per quanto riguarda la visione religiosa.

Non è corretto parlare di “pensiero orientale” in generale, in quanto l'Oriente (che

riguarda geograficamente tutto il continente asiatico) raccoglie e spesso mescola correnti di pensiero filosofico e religioso molto differenti tra loro. Esistono due correnti generali di pensiero: quella medio-orientale e quella estremo-orientale. In questo lavoro ci si concentrerà soprattutto sulle visioni estremo-orientali, che ispirano alcuni approcci medici diffusi anche nel nostro paese (medicina cinese, medicina tibetana e medicina ayurvedica), mentre verrà trascurata la visione medio-orientale, cioè islamica (nelle sue varie espressioni).

Ci si limiterà alle nozioni che si ritengono strettamente indispensabili per farsi un'idea dell'argomento, cioè il rapporto con il dolore e il suo senso, non pretendendo esaustività su tale vasto tema nello spazio del presente lavoro.

SENSO DELLA SOFFERENZA NELLE VISIONI ORIENTALI

Le visioni orientali raccolgono il patrimonio culturale dei popoli che hanno abitato l'Asia e che hanno tramandato il loro sapere oralmente fin dal XVI secolo avanti Cristo, anche se la maggior parte dei testi a noi giunti pare siano stati redatti tra il VI e il I secolo a.C.¹ Si tratta di complesse ed interessanti visioni della realtà, mutatesi e ramificatesi in varie e coesistenti correnti di pensiero nell'arco dei secoli. Per affrontare il problema in modo rigoroso occorrerebbe soffermarsi sulle concezioni induiste (da quelle vediche formulate tra il XVI e l'VIII secolo a.C. e frutto di commistione tra religiosità indigena dell'Indo e influssi ariani, a quelle del brahmanesimo e dei "saggi della foresta" upanishadici²) e sulle dottrine sorte intorno al VI secolo a.C. come alternativa all'ortodossia brahmanica, ossia il buddismo³ ed il giainismo⁴. Occorrerebbe poi esaminare le concezioni taoiste⁵ e quelle confuciane⁶ e trattare dei loro rapporti e dell'influenza del buddismo su di esse⁷; infine occorrerebbe trattare dello zen⁸. La letteratura su questi argomenti è vastissima, non è tuttavia argomento di questo lavoro e non possiamo soffermarci sugli interessanti e complessi dettagli di queste religioni e filosofie che tuttora guidano l'esistenza della maggior parte degli abitanti del pianeta: in bibliografia si danno alcuni riferimenti utili per approfondimenti⁹. Ci si limiterà a delineare in generale la concezione del dolore nelle visioni indiane ed in quelle cinesi.

Le visioni indiane (Induismo e Buddismo)

L'induismo è una complessa visione politeista in cui tutta la realtà è divina emanazione dello spirito creatore universale (*Brahman*); il buddismo invece non contempla divinità e consiste in una visione immanentista della realtà (anche se questo non è del tutto vero e non è corretto considerare il buddismo come religione "atea"): il buddismo è originato dall'induismo come reazione e completamento di esso e se ne differenzia (oltre che per l'assenza di divinità) per il rifiuto della divisione della società in caste e per alcune interpretazioni peculiari dei concetti fondamentali dell'induismo. Sia il buddismo che l'induismo sono realtà molto eterogenee ed i diversi filoni che le caratterizzano si sono delineati nel tempo, per cui sarebbe necessaria una visione diacronica e dettagliata. Essi sono comunque abbastanza simili nella concezione della vita e del dolore e, dato lo scopo del presente lavoro, possiamo considerarli insieme, chiedendo venia ai lettori esperti in tale materia per la grossolanità e l'approssimazione.

In queste visioni la vita è sofferenza e la sofferenza è determinata dalla mancata consapevolezza che tutta la realtà sperimentabile è illusione (*Maya*). Il riconoscere

che la realtà è illusione elimina la sofferenza e conduce alla beatitudine, che si vive come assenza di qualsiasi tensione o desiderio (*Nirvana*), concetto che nelle varie scuole buddiste ed induiste ha accezioni molto diverse, dall'estinzione-annichilamento alla conoscenza superiore (*Bodhi*, beatitudine), fino alla scomparsa di *Maya* e *Avidya* (falsa conoscenza) come sinonimo di liberazione (*Moksha*). Secondo il buddismo e l'induismo, fino a che l'uomo non prende coscienza che tutto è illusione, è destinato a soffrire ed a continuare a reincarnarsi (*Samsara*) in nuovi corpi che possono anche essere appartenenti a caste superiori o inferiori rispetto alla vita precedente (il buddismo rifiuta la concezione delle caste). Un uomo potrebbe reincarnarsi in una donna e viceversa o altresì potrebbe addirittura essere costretto in corpi e vite animali: la natura e il destino dell'incarnazione successiva sono determinati dal grado di consapevolezza raggiunto e dal peso delle azioni e del comportamento delle vite precedenti (*Karma*) ed in questa successione di incarnazioni ciascuno può migliorare o peggiorare la propria condizione a seconda dell'evoluzione compiuta o non compiuta.

Il concetto di *karma* ha quindi una valenza etica, esso è il frutto del cammino evolutivo percorso nelle precedenti esistenze, ha il significato di punizione delle precedenti cattive azioni e di ulteriore possibilità di apprendere le lezioni non ancora apprese: questo conduce a quella rassegnazione alla sofferenza ed a quella sorta di mancanza di solidarietà che colpiscono chi si reca in India. Infatti, nella concezione indiana, colui che soffre sta riscattando il peso del *Karma* e quindi tutto il dolore ha un senso di espiatione e di opportunità di evoluzione, per cercare di meritare una futura vita migliore, tendendo alla consapevolezza dell'illusorietà di tutto e quindi al distacco da tutta la realtà materiale (*Nirvana*): dal corpo, dall'esistenza e da tutto ciò che consideriamo in essa importante (realizzazione personale, ricchezze, affetti, eccetera). Rimane la speranza di potersi incarnare finalmente in un monaco che possa percorrere la via verso l'illuminazione, comprendere e sperimentare che tutto è illusione e liberarsi dalla necessità di avere un corpo, approdando alla morte definitiva, cioè al "nulla", condizione eterna di liberazione dalla necessità di incarnarsi e suprema beatitudine derivante dal distacco dall'esistenza (*Parinirvana*).

In queste concezioni (come, in modi diversi, accade in tutte le religioni) coesistono due dimensioni, l'una di "evoluzione" personale, ossia di ricerca della fusione della propria anima individuale (*Atman*) con l'anima universale (*Brahman*) attraverso l'ascesi (*Moksha*) che conduce al conseguimento del *Parinirvana*; l'altra contempla invece la responsabilità collettiva e sociale nella realizzazione del proprio compito individuale per il conseguimento dell'ordine universale ed il raggiungimento della manifestazione dello spirito universale (*Brahman*) in ciascuna espressione della realtà: pertanto anche l'impegno sociale deve essere accettato e svolto, ma vissuto con supremo distacco e non confuso con la realizzazione personale.

Nella visione induista (e poi buddista) ciascun individuo contribuisce perciò a realizzare l'ordine sociale che è riflesso della legge cosmica (*Dharma*) cui tutto deve conformarsi: ciascun individuo riceve un "mandato" (*Artha*) - da realizzare nella sua esistenza - che rappresenta un tassello per la realizzazione dell'ordine cosmico o *Dharma* universale (*Sanatana Dharma*). Questo ordine individuale viene chiamato *Svadharm*a. Ciascuno riceverà al termine della vita un castigo o un premio (che si esprime nella natura della prossima incarnazione o nella liberazione dalla necessità di reincarnarsi) in base al grado di realizzazione del suo *Artha* ed alla conformazione al proprio *Svadharm*a (che ha conseguenze non solo sull'individuo ma sulla collettività

e sul cosmo stesso). Va detto che, nonostante l'apparente negazione della possibilità di essere felici in questo mondo, l'induismo ed ancor di più il buddismo sono in realtà cammini di ricerca della beatitudine conseguita già in questa vita attraverso il distacco dalle cose e dalla realtà. Distacco che dovrebbe condurre alla serenità di spirito, all'accettazione di quanto accade ed all'eliminazione della paura che è l'origine della maggior parte delle sofferenze.

Le visioni cinesi (Taoismo e Confucianesimo)

La Cina è un paese molto vasto e la cultura cinese è il risultato della commistione di diversi popoli e di differenti tradizioni locali che hanno influenzato il pensiero cinese, modificandolo ed arricchendolo nell'arco dei secoli, per cui non è semplice parlare del "pensiero cinese". Tuttavia, le due correnti dominanti si focalizzano l'una sul contesto naturale (taoisti) l'altra su quello politico e sociale (letterati o confuciani), cui successivamente (a partire dal I secolo d.C.) si aggiunge il buddismo, con il suo anelito trascendente. Le tradizioni cinesi popolari fanno spesso riferimento a divinità ed a spiriti cattivi che sono origine del male, ma le due religioni principali non contemplano necessariamente nella loro visione filosofica entità soprannaturali che intervengono nella vita degli uomini. Per quanto riguarda i concetti che possono interessare l'interpretazione del dolore, il taoismo e il confucianesimo risultano piuttosto simili, tanto che è possibile fare un unico discorso, anche qui rimandando alla bibliografia per approfondimenti.¹⁰

Nella visione taoista l'uomo è il cosmo, nell'uomo ci sono alberi, montagne, stelle, sole, luna, acque e tutto ciò che accade nel cosmo si ripercuote nell'uomo e viceversa; l'uomo è costituito da energie del Cielo intrecciate con energie della Terra, elementi spirituali ed elementi carnali, energie positive ed energie negative, aspetti a polarità *yin* ed aspetti a polarità *yang* e tutto l'universo è un incessante e ciclico equilibrio dinamico di forze contrapposte. L'evoluzione del cosmo e dell'uomo avviene lungo la Via (*Tao* o *Dao*) della Virtù (*Te* o *De*), secondo un disegno preordinato che l'uomo non conosce ma può intuire e che deve comunque cercare di assecondare, conformandosi in ogni attività alle leggi del *Tao*. Il *Tao* non è né buono né cattivo, non è un'entità divina ma piuttosto un principio ordinatore del cosmo, in conoscibile ed indefinibile regolatore di ogni aspetto dell'esistenza: delle stagioni, degli eventi ed anche dei destini degli uomini. Li regola con sapienza assoluta in modo che gli opposti presenti nella realtà siano sempre rappresentati in proporzioni precise e dinamicamente stabili

Il dolore è generato da squilibri, da eccessi o da carenze di forze sia individuali che cosmiche. Ogni squilibrio provoca una reazione atta a controbilanciarlo e questo può causare danni, sofferenza, distruzione. Nulla tuttavia di quanto accade è "male" in assoluto: spesso ciò che sembra male lo è solo perché non sappiamo vedere l'evento nella giusta collocazione generale o per un sufficiente periodo e nel peso che avrà nel ripristinare o mantenere l'equilibrio dinamico globale delle forze contrapposte. Per fare un esempio, anche le pestilenze o le inondazioni, che sembrano male in quanto causano sofferenza, in realtà se accadono sarebbe per controbilanciare uno squilibrio o per evitarlo (per esempio per ridurre un eccesso di popolazione, o per la necessità di spostare un gruppo da una zona densamente popolata a una zona diversa troppo scarsamente abitata) e certamente le conseguenze a lungo termine saranno positive nell'economia universale.

Ciascun individuo è un frammento spirituale del tutto (*Shen*) e racchiude il tutto in sé. Nasce con un “mandato” (*Ming*) che deve cercare di decifrare e realizzare nella propria vita, per contribuire alla realizzazione del *Tao*. Per riuscire a decifrare e realizzare il proprio mandato, è necessario il distacco da ogni attaccamento ed ambizione personali, in modo che il *Tao* possa realizzarsi senza sforzo attraverso la vita e le azioni dei singoli uomini e dei popoli. Principio di questa realizzazione è la “spontaneità” (*Ziran*) che si esplica nel rimanere spiritualmente aperti e senza opporre all’azione del *Tao* la propria azione, il che significa attuare il “non-agire” (*Wuwei*). Il cammino ascetico ricerca questa capacità di affidamento apparentemente passivo all’azione del *Tao* e ricerca inoltre la perfetta conformazione dell’organismo alle energie universali, attraverso tecniche di meditazione e di respirazione, per rendere l’organismo completamente “permeabile” alle energie cosmiche, ottenendo la propria immortalità e la realizzazione del *Tao* in sé e nel cosmo.

A differenza del taoismo, il confucianesimo, prendendo atto che la natura e gli uomini sono inclini alla deviazione dal *Tao*, riconosce la necessità di impegnarsi (anche a livello sociale e politico) per guidare gli uomini sulla Via del *Tao*, che altrimenti non saprebbero riconoscere e seguire; il saggio pertanto deve assumere in sé anche il compito di guida; l’azione attiva (che si esplica anche attraverso regole di vita ed esecuzione di riti) è ciò che differenzia maggiormente il confucianesimo dal taoismo. Il dolore in entrambe le visioni deriva dall’allontanamento dal *Tao* e pertanto può essere superato soltanto recuperando la consapevolezza che occorre abbandonare ogni attaccamento e passione per potersi conformare al principio ordinatore del cosmo.

REGOLE DI VITA E INDICAZIONI MEDICHE

Con riferimento particolare alla visione taoista (ma il discorso può valere anche per quella indiana) possiamo considerare che ciascun essere umano nasce con determinate caratteristiche individuali e con un corredo energetico peculiare adatto ad esprimere in un certo modo la propria umanità. Vi saranno alcune energie prevalenti ed altre relativamente più carenti (costituzione) e questo determinerà l’attitudine a svolgere alcuni compiti piuttosto che altri e determinerà “il proprio modo di vivere la vita” di quell’individuo. In questo modo l’individuo è predisposto a incarnare il suo destino originario, se lo asseconderà con la volontà. La vita secondo natura e secondo quel progetto iniziale farà sì che non vi siano attriti o tensioni o competizioni di energie. Alimentazione equilibrata, ritmi fisiologici rispettati, serenità di spirito, attività disciplinata e senza eccessi di passioni condurranno l’uomo lungo i propri binari “naturali” col minimo dispendio di energia e nutrendo le proprie componenti con equilibrio. Vi sarà “pienezza di vita”, salute e longevità. Ma se l’uomo devia (anche di poco) dal proprio cammino previsto, allora si creano attriti tra le proprie energie e squilibri: questo genera disarmonie che dapprima saranno solo poca fluidità energetica, poi vere e proprie malattie, che intaccheranno le riserve potenziali energetiche e quindi determineranno la morte precoce dell’individuo.

Come si intuisce quindi in questa visione non c’è netta separazione tra dimensione spirituale e dimensione organica. In questa visione la saggezza coincide con la spontanea adesione al *Tao*. Essa corrisponde anche alla piena salute ed alla longevità, alla serenità di chi ha imparato a non farsi turbare dagli eventi. Anche la

compassione, elemento caratterizzante la spiritualità buddista, deve essere vissuta con un certo distacco altrimenti è considerata “passione” che distrugge¹¹.

Il cammino dell'uomo è concepito come un naturale adeguamento del singolo al fluire cosmico della vita, una realizzazione nello spazio e nel tempo di un disegno universale che si svolge al di là ed attraverso lo spazio ed il tempo. Primo compito dell'uomo è prendere coscienza di questo disegno, in modo da potervisi conformare. Secondo compito è conservare in se stesso il più possibile intatto il patrimonio energetico ricevuto, senza disperderlo e senza bruciarlo con comportamenti che creino dolore o attraverso vere e proprie deviazioni¹². L'uomo deve riuscire il più possibile a sincronizzarsi sui ritmi naturali e, comprendendo di essere parte del cosmo, non ostacolare le energie del cielo e della terra che in lui si incontrano, assecondando il flusso generale che lo coinvolge e interpella. Risulta pertanto di fondamentale importanza assoggettare il corpo alla disciplina della moderazione ed all'attenzione del rispetto della natura in ogni attività: moderazione nell'alimentazione, moderazione delle passioni e del piacere, rispetto dei ritmi circadiani, rispetto delle funzioni fisiologiche, rispetto della stagionalità delle attività e degli alimenti.

Particolare importanza viene data alla respirazione ed alla “apertura” o “canalizzazione” delle vie energetiche interne, per non ostacolare il flusso delle energie dentro l'organismo.¹³ Seguendo le prescrizioni igieniche e vivendo “secondo natura”, assieme alla coltivazione del distacco dalle passioni, dall'ambizione, dagli attaccamenti alle cose ed agli affetti, si ottiene l'equilibrio necessario per limitare la sofferenza e rallentare il deterioramento delle energie vitali¹⁴.

Unità di mente e corpo

Per tutte le visioni orientali, come si può arguire da quanto finora detto, la malattia e la morte sono conseguenza di disarmonia o mancato rispetto delle regole naturali, anche se l'invecchiamento o indebolimento delle energie e forze costitutive dell'organismo è considerato fisiologico con l'avanzare dell'età e la morte inevitabile (sia nella visione indiana che in quella cinese la via ascetica monastica conduce talvolta anche alla ricerca dell'immortalità, ma non è concetto comune nelle culture mediche di quei paesi).

Nella visione cinese tutto l'organismo è costituito da energia (*Qi*): il corpo da energia più condensata (*Jing* e sangue, *Xuè*) e la mente da energia meno condensata (*Shen*), e le energie mentali sono veicolate dal sangue (*Xuè*), perché la psiche abita nel sangue. Psiche e soma sono qualità differenti della stessa realtà (l'energia), in pratica non c'è alcuna distinzione sostanziale tra disturbi fisici e disturbi psichici: un corpo ammalato innescherà sempre anche disturbi psichici e una mente perturbata alla fine darà sempre anche qualche disfunzione somatica. Non è così importante distinguere l'*origine* della perturbazione energetica che provoca il quadro clinico, bensì è fondamentale distinguere la *natura* della perturbazione in causa per correggerla. L'energia bloccata, in eccesso o in deficit o l'accumulo di fattori patogeni o le altre cause di malattia secondo questa visione, rendendo poco scorrevole l'energia provocano sintomi sia fisici che mentali. La stimolazione degli agopunti mediante infissione di aghi, coppettazione, pressione digitale e micromassaggio, picchiettamento con martelletto, applicazione di stimolazioni elettriche o riscaldamento ha lo scopo di rendere scorrevole ed armonico il flusso

energetico in modo da evitare disarmonie dolorose. Se le energie scorrono liberamente, l'uomo sarà in grado di utilizzare la sua unità mente-corpo per vivere in pienezza la sua vita.

Il trattamento del dolore nella medicina tradizionale cinese

La Medicina Tradizionale Cinese è un antico e complesso sistema medico comprendente tecniche come agopuntura, moxibustione, massaggi, una farmacopea tradizionale e varie altre indicazioni che riguardano la dieta e lo stile di vita.¹⁵ Qui si accenna brevemente al trattamento agopunturistico del dolore.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità una delle principali indicazioni per il ricorso alla terapia con agopuntura è la presenza di dolore¹⁶. La letteratura scientifica internazionale è vastissima e vari studi condotti in questa direzione confermano questo concetto: infatti sia studi clinici controllati condotti su pazienti affetti da dolori cronici di varia natura (emicrania, dolori osteomuscolari, dismenorrea, eccetera) e sia studi sperimentali di ricerca di base condotti valutando la risposta antalgica della stimolazione di punti di agopuntura in casi di dolore sperimentale¹⁷ hanno confermato la capacità di tale approccio di avere effetti antinfiammatori¹⁸ e di modificare la percezione del dolore o almeno la capacità di sopportarlo (in alcuni studi clinici anche i pazienti che non dichiarano sostanziali riduzioni dell'intensità del dolore, tuttavia segnalano riduzione dell'assunzione di farmaci analgesici¹⁹). Ormai sono numerosi anche gli studi sperimentali su animali che documentano un reale effetto antalgico dell'agopuntura, con i relativi meccanismi biologici²⁰.

I meccanismi attraverso cui si esplica tale azione sono vari ma in questo momento non è interessante esaminarli, in quanto il discorso che si vuole fare è più ampio. Infatti ritenere che l'agopuntura agisca solo come anti-dolorifico sarebbe estremamente riduttivo. Nella concezione cinese, come abbiamo già evidenziato, non c'è una separazione netta della componente somatica rispetto alle altre componenti costitutive della persona e quindi il trattamento del "dolore" è sempre anche trattamento della "sofferenza" ossia della percezione che ha di esso chi lo sopporta. Il trattamento della sofferenza non avviene solo a livello cognitivo (cioè maturando una consapevolezza interiore secondo i principi sopra esposti, il che vorrebbe dire dover maturare una visione della vita di stampo cinese, ossia vicina alle concezioni taoiste), ma piuttosto a livello "energetico-costitutivo".²¹

Nei casi in cui la terapia del dolore cronico con agopuntura riesce, il paziente nel periodo di trattamento²² comincia a riferire modificazioni interne non direttamente correlate alla percezione del dolore: senso di rilassamento e senso di benessere, miglioramento della cenestesi, miglioramento della qualità del sonno, regolarizzazione delle funzioni fisiologiche e un senso di "assecondamento" della propria vita, come se ciò che prima era sufficiente per dare ansia o angoscia non fosse più sufficiente per darle; viene riferita maggiore padronanza di sé e delle proprie scelte²³. Oltre all'agopuntura ed all'utilizzo di piante con azione analgesica²⁴ si fa ricorso anche al *Qigong* che ottiene il riequilibrio dell'organismo attraverso esercizi respiratori e particolari posizioni del corpo e che pare interessante proprio per la capacità di agire sull'equilibrio psichico oltre che fisico mediante azione apparente solo sul corpo²⁵.

Esaminare in dettaglio il percorso terapeutico dell'agopuntura, seppure

affascinante, sarebbe molto complesso. In questa sede tuttavia è importante rimarcare soltanto che la visione della medicina cinese è *olistica*, cioè per definizione riguarda l'uomo nella sua interezza. Pur essendo l'agopuntura medica una visione tutto sommato materiale ed a ben guardare avulsa da intrinseche concezioni filosofiche esistenziali, è in grado di agire su tutte le componenti della persona, aiutandola non soltanto a superare il dolore fisico, ma anche a recuperare una prospettiva sana dalla quale guardare alla propria esistenza in modo costruttivo.

Lo spunto (interessante anche per la biomedicina) che l'agopuntura cinese offre è che per agire sui sintomi psichici non è necessario applicare terapie di tipo cognitivo e per ridare uno stato di benessere non è indispensabile procedere con percorsi di consapevolizzazione cosciente: agendo apparentemente solo sulla componente somatica (puntura di determinati punti superficiali del corpo o loro riscaldamento, somministrazione di rimedi a base di erbe, ginnastica medica) si può riequilibrare anche la componente emotiva.

Forse è anche per questo approccio pratico ed "enegetico-materiale", ma attivo profondamente, che l'agopuntura trova benefica applicazione nei casi in cui un coinvolgimento attivo del paziente è più difficile, come nelle situazioni oncologiche avanzate, nelle sindromi di conversione somatica del disagio o nelle sindromi croniche complesse nelle quali la sfiducia e la prolungata sofferenza rendono i pazienti poco disponibili a percorsi faticosi di razionalizzazione ed evoluzione cognitiva. Per esempio, in uno studio italiano non randomizzato su 20 pazienti con dolore somatoforme il trattamento con agopuntura e con martelletto ad aghi multipli ha determinato risultati positivi - e persistenti ad un *follow-up* di tre mesi - nel 75,4% dei casi.²⁶

Possibili ricadute nella medicina attuale occidentale

A questo punto occorre chiedersi se l'introduzione delle pratiche mediche orientali in Occidente possa apportare qualcosa alla medicina occidentale, oltre che per quanto riguarda la relazione medico-paziente, anche per quanto riguarda la presa di coscienza sul possibile significato della malattia.

Al di là delle filosofie e concezioni del senso della vita, proprie delle medicine orientali (*karma*, reincarnazione, immanentismo, eccetera), la risposta delle medicine orientali all'angoscia che la malattia suscita è la rassicurazione che essa può avere un senso positivo, essendo possibilità di evoluzione e raggiungimento di un livello maggiormente consapevole della vita. Inoltre, secondo queste visioni, se da un lato spesso le malattie sono conseguenze del non aver saputo custodire la salute (mancato rispetto delle regole naturali, eccessi, passioni), o del non aver rispettato le regole naturali cosmiche (inquinamento, guerre, eccetera) dall'altro anch'esse fanno parte del cammino di consapevolezza e risultano esperienza per il progresso interiore verso la liberazione da quegli attaccamenti disordinati all'io che conducono ad ostacolare il flusso preordinato degli eventi (*Tao* o *Dharma*).

Perché il terapeuta possa individuare in quale punto o a quale livello stia l'errore che ha indotto le perturbazioni energetiche che hanno determinato la malattia del paziente, occorrono capacità di ascolto e capacità di interrogazione, empatia ed accoglienza senza riserve e senza giudizio: è questa dinamica di interazione positiva che risulta già una cura alla sofferenza e che rende le visioni orientali seducenti per gli operatori sanitari occidentali.

Inoltre le concezioni orientali della malattia possono essere spunto di riflessione che non è possibile risolvere le sofferenze e guarire le malattie solo somministrando farmaci o rimedi, cercando cioè di riequilibrare chimicamente uno squilibrio organico o mentale, ma che necessariamente la cura deve considerare tutte le dimensioni della persona, e che occorre ritornare a curare maggiormente lo stile di vita e la relazione dell'uomo con l'ambiente in cui vive (alimentazione, ritmi, abitudini, attività fisica, attriti relazionali, sentimenti, relazione con la natura, sviluppo della propria dimensione creativa o spirituale, eccetera).

SINTESI

Trarre delle conclusioni da un lavoro sommario e schematico quale quello che abbiamo condotto rischia di far incorrere in banalizzazioni ed approssimazioni che stravolgono il messaggio originario delle culture orientali alle quali abbiamo volto lo sguardo. Nel rimandare ancora una volta alla bibliografia essenziale segnalata per migliore approfondimento, cerchiamo tuttavia di trarre delle considerazioni generali conclusive.

Nelle visioni orientali il percorso di cammino spirituale non è disgiungibile dal concetto di "salute" per cui un soggetto spiritualmente consapevole è sempre anche sano ed all'opposto un soggetto spiritualmente ottuso sarà sempre prima o poi perturbato e incapace di vivere senza ansie e malattie. La salute esprime infatti l'armonia dell'uomo con il cosmo e la sua adesione al progetto individuale e universale che coinvolge ciascun individuo e che attraverso la vita di ciascun individuo realizza il Cammino del genere umano sulla terra e il Cammino in generale dell'universo verso la completa realizzazione (*Tao* o *Sanatana Dharma*).

In queste visioni dunque il dolore è il frutto di una disarmonia, la conseguenza di una rottura o di un allontanamento del singolo (ma anche del genere umano complessivamente) dall'ordine prestabilito delle cose; tuttavia questo essere conseguenza di una frattura o di una disarmonia non significa che l'uomo sia "colpevole" della sua sofferenza: la non consapevolezza può essere determinata da ignoranza o da colpe di altri che non hanno insegnato o che hanno deturpato il cosmo rendendo irriconoscibile in esso la Via.

In generale non vi è giudizio nelle visioni orientali, ma denuncia della difformità di ciò che è rispetto a ciò che dovrebbe essere. La sofferenza è un'occasione per sperimentare la propria mancanza di consapevolezza sull'illusorietà delle cose e per sviluppare quindi la ricerca interiore di conformità alle leggi del cosmo per conseguire la serenità ed anche la longevità.

¹ A. CHENG, *Storia del pensiero cinese. voll I,II*, Torino, Einaudi, 2000; A. BERTHOLET, *Dizionario delle religioni*, Roma, Editori Riuniti, 1964.

² J. GONDA, *Le religioni dell'India: Veda e antico induismo*. In *Storia delle Religioni*, Milano, Jaca Book, 1981.

³ P. FILIPPANI-RONCONI, *Il Buddhismo*, Milano, Tascabili Economici Newton&Compton, 1994.

⁴ S. RADHAKRISHNAN, *La filosofia indiana*, Torino, Einaudi, 1974.

⁵ A. TAGLIAFERRI, *Il Taoismo*, Roma, Newton & Compton, 1996; LAO TZU, *Tao Te Ching: il libro della via e della virtù*, Milano, Mondadori, 1978.

⁶ L. LANCIOTTI, *Che cosa ha detto realmente Confucio*, Roma, Astrolabio, 1980; L. CORTIS,

Introduzione a Confucio. Pensieri Morali, Mariano Comense, Nuovo Spazio, 1980.

⁷ M. GRANET, *Il pensiero cinese*, Milano, Adelphi, 1971; M. GRANET, *Religione dei cinesi*, Milano, Adelphi, 1978; M. KALTENMARK, *La filosofia cinese*, Milano, Xenia, 1994; P. SANTANGELO, *Storia del Pensiero Cinese*, Roma, Newton & Compton, 1995.

⁸ E. HERRIGEL, *Lo Zen e il tiro con l'arco*, Milano, Adelphi, 1987; S. SUZUKI, *Mente Zen, mente di principiante – Conversazioni sulla meditazione e la pratica Zen*, Roma, Ubaldini Editori, 1997.

⁹ N. ABBAGNANO, *Dizionario di filosofia*, Torino, UTET, 1977; J. EVOLA, *Oriente e Occidente*, Roma, Mediterranee, 2001; G. PASQUALOTTO, *Il tao della filosofia, Corrispondenze fra pensiero d'Oriente e d'Occidente*, Parma, Nuove Pratiche, 1989; A. BALLINI, *Le religioni dell'India*, In *Storia delle religioni*, a cura di P.Tacci-Venturi, Torino, UTET, 1949, pp. 373-564; RC. ZAEHNER, *L'induismo*, Bologna, Il Mulino, 1972; G. VACCA, *Le religioni dei cinesi*, In *Storia delle religioni*, a cura di P.Tacci-Venturi, cit., pp. 565-604; D. LALANDE, *Dizionario critico di filosofia*, Milano, Istituto Editoriale Internazionale, 1971; J. NEEDHAM, *Scienza e Civiltà in Cina*, voll I-III. Torino, Einaudi, 1970-1977; F.CASPANI, *Cronologia del pensiero medico sinense. I parte*, in «Rivista Italiana d'Agopuntura» 102 (2001), pp. 15-25; F. CASPANI, *Cronologia del pensiero medico sinense. II parte*, in «Rivista Italiana d'Agopuntura», 103 (2002), pp. 4-15; T. THONDUP, *L'arte di curarsi con la mente. Tecniche di guarigione e meditazione del buddismo tibetano*, Milano, Sperling & Kupfer, 2001.

¹⁰ C. LARRE, *Les Chinoises*, Paris, Lidis, 1981; C. LARRE, F. BERERA, *Filosofia della Medicina Tradizionale Cinese*, Milano, Jaca Book, (1997).

¹¹ C. DI STANISLAO, M. SEMIZZI, D. DE BERARDINIS, G. BOSCHI, L. DE FRANCO, *Il concetto di spirito nella tradizione cinese*, in «Rivista Italiana d'Agopuntura», 106 (2003), pp. 19-33.

¹² P. SANTANGELO, *Il peccato in Cina*, Bari, Laterza, 1991.

¹³ L. SOTTE, L. PIPPA, *Ginnastica medica cinese - tai ji quan*. Quaderni di Medicina Naturale della Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese. Civitanova Marche, 1997.

¹⁴ C. PENZA, *La tranquilla passione – Saggi sulla meditazione buddhista di consapevolezza*, Roma, Ubaldini Editori, 1994.

¹⁵ V. ad esempio PUGLIARELLO R., BIOLCHI P., CARDINI F., (2000) *Medicina tradizionale cinese*, In: *Le medicine complementari: definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili* (P. Bellavite, A. Conforti, A. Lechi, F. Menestrina, S. Pomari eds.) Milano, UTET Periodici Scientifici, pp. 7-25.

¹⁶ WHO, *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*, Geneva, Edizioni WHO, 2002.

¹⁷ J. HSIEH, C. TU, F. CHEN, M. CHEN, T. YEH, H. CHENG, Y. WU, R. LIU, L. HO, *Activation of the hypothalamus characterizes the acupuncture stimulation at the analgesic point in human: a positron emission tomography study*, in «Neurosci. Lett.», 307(2) (2001), 105-108; G. BIELLA, M.L. SOTGIU, G. PELLEGGATA, E. PAULESU, I. CASTIGLIONI, F. FAZIO, *Acupuncture produces central activations in pain regions*, in «NeuroImage », 14 (2001), pp. 60-66.

18 Vedi ad es. F.J. ZIJLSTRA, I. VAN DEN BERG-DE LANGE, F.J. HUYGEN, J. KLEIN, *Anti-inflammatory actions of acupuncture*, in «Mediators Inflamm.», 12(2) (2003), pp. 59-69.

¹⁹ S. BRESCIANI, R. MEZZOPANE, A. LOMUSCIO, *Terapia con Agopuntura Cinese nella dismenorrea*, in *Atti del XXIII Congresso della Società Italiana di Agopuntura*, Palermo, IPSA editore, 2003.

²⁰ Per fare un esempio tra le tantissime voci bibliografiche disponibili: M.A. DE MEDEIROS., N.S. CANTERAS, D. SUCHECKI, L.E. MELLO, *Analgesia and c-Fos expression in the periaqueductal gray induced by electroacupuncture at the Zusanli point in rats*, in «Brain Res», 973(2) (2003), pp.196-204.

²¹ V. ad esempio G. DI CONCETTO, *L'uomo come entità biofisica*. In *Trattato di agopuntura e di Medicina Cinese*. A cura di G. Di Concetto, L. Sotte, L. Pippa, M. Muccioli, Torino, UTET, 1992, pp. 122-126.

²² Trattamento durante il quale semplicemente vengono infissi degli aghi in determinati e opportuni punti del corpo del paziente per circa mezz'ora da una a tre volte la settimana per alcune settimane

²³ Anche qui ci sarebbero numerosi lavori a conforto di quanto si dice. A titolo di esempio: R. WONG, C.M. SAGAR, S.M. SAGAR, *Integration of Chinese medicine into supportive cancer care: a modern role for an ancient tradition*, in «Cancer Treat Rev. », 4 (2001), pp.235-246.

²⁴ C. DI STANISLAO, O. IOMMELLI, R. GATTO, F. MARINO, *Terapia del dolore*, In *Il Libro Bianco dell'agopuntura e delle altre terapie estremo orientali*, Milano, SIA-CEA, 2000, pp. 65-76.

²⁵ H.W. TSANG, L. CHEUNG, D.C. LAK, *Qigong as a psychosocial intervention for depressed elderly with chronic physical illnesses*, in «Int. J. Geriatr. Psychiatry», 12 (2002), pp.1146-1154.

²⁶ C. DI STANISLAO, *Dolore e Disturbi Somatoformi*, Atti 1° Convegno Umbro di Medicina non Convenzionale, Perugia, Ed. Università degli Studi di Perugia, 2002.

I LUOGHI DEL DOLORE E DELLA CURA

Luca Belli

I luoghi che sin dall'antichità sono stati teatro della sofferenza e del dolore umano sono gli ospedali, che si sono succeduti nei secoli assumendo varie forme organizzative ed architettoniche. Ma da dove nasce l'idea di ospedale? Quale la filosofia di pensiero che li ha visti sorgere e li ha sostenuti nella loro lunga evoluzione nei secoli?

La medicina antica egizia e greco-romana, pur avendo raggiunto ragguardevoli livelli di tecnica curativa, non ha mai concepito l'idea di un luogo di accoglienza della persona malata. Gli unici esempi documentati sono le infermerie da campo dell'esercito romano, i cosiddetti *valetudinaria*, che tuttavia rispondevano ad una esigenza puramente strumentale quale il mantenimento di un esercito valido ed in forze.

L'OSPEDALE MEDIOEVALE

L'idea di un luogo di cura per la persona malata e bisognosa si impone solo con l'avvento della civiltà cristiana. L'intuizione che sorreggeva la nascita di *xenodochia* (piccoli luoghi di accoglienza specie dei pellegrini sulle vie di transito) ed *hospitalia* (strutture più importanti sorte in ambito cittadino per l'accoglienza degli ammalati e di tutte quelle categorie di persone che con termine moderno definiremmo fasce deboli) era la gratuita accoglienza del povero, del "*pauper Christi*", per il quale si era disposti a rischiare la propria stessa vita nella certezza che Chi ha già vinto la morte può donare salvezza a tutti. "Per la prima volta nella storia umana gli ammalati non furono uomini e donne da allontanare o da evitare, ma da assistere".¹

Il primo esempio di vero ospedale in Occidente cristiano risale ad una discepola di San Gerolamo, Fabiola, nobile romana che circa nel 380 DC a Roma istituì una casa di accoglienza per persone bisognose e malate. Nell'Oriente cristiano, il primo esempio di ospedale risale invece a San Basilio che ne istituì uno a Cesarea per la cura di quella categoria di malati che precedentemente erano invece sempre stati reietti ed esclusi dalla vita civile: i lebbrosi.

Tale modo di pensare era talmente realistico ed evidente nelle sue ragioni intrinseche che pochi secoli dopo il mondo arabo-musulmano le assimilerà. Come suggerisce il Pazzini,² l'ospitalità nel mondo islamico rappresenta una specie di diversione del cristianesimo dal quale mutua l'interesse per la persona malata. L'ospedale islamico (*maristan*) tuttavia, siccome sorge attorno ad una moschea, è al contempo scuola e luogo di insegnamento e pertanto ha valore non solo di soccorso per i malati indigenti ma anche didattico di scuola e di cultura.

Nel periodo dell'alto medioevo, tra crollo dell'impero ed invasioni barbariche, le

sedi privilegiate di cultura e quindi anche di preservazione dell'arte medica furono le strutture claustrali. Si impone così la figura del medico monaco che opera all'interno delle piccole infermerie conventuali, ove si preservano dalla distruzione barbarica i testi antichi e si può disporre di una valida erboristeria. Il motto di questi protomedici era: l'uomo cura ma solo Dio può guarire. Tale figura fu tuttavia in seguito bandita nel 1131 con il Concilio di Reims che proibiva ai monaci di dedicarsi alla attività medica.

Ma cosa avveniva in città ove gli ospedali, all'inizio nati sotto la giurisdizione vescovile, ben presto assunsero il carattere di opere laiche, spesso promosse da corporazioni? La missione principale era quella di curare la povertà, madre di tutte le malattie, ed a tale riguardo una calda pietanza e del buon vino potevano far di più di qualsiasi altra cura dell'epoca. La struttura architettonica stessa degli ospedali medioevali, emblematicamente rappresentata dal "Pellegrinaio" di Santa Maria della Scala a Siena, si concilia con tale compito: un'unica grande navata ove venivano accolti i malati senza distinzione alcuna di sesso o patologia.

In questo sistema ospedaliero della carità il personale era perciò principalmente rappresentato da "*infirmari*", uomini o donne spesso riuniti in confraternite, mentre la figura del medico risultava del tutto marginale. A conferma dello scarso interesse del medico ad operare in ospedale è la necessità di inserire nelle costituzioni ospedaliere precisi riferimenti ed obblighi circa l'attività dei medici al loro interno.

La vita all'interno dell'ospedale medioevale si svolgeva con un ritmo ben stabilito: un giorno alla settimana gli infirmari percorrevano le vie cittadine e portavano i poveri malati in ospedale ove venivano lavati, cambiati e, dopo essersi confessati, venivano alloggiati nei letti che spesso ospitavano più persone assieme. Il confortevole alloggiamento ed il buon vitto erano le principali medicine somministrate agli ospiti ed erano anche molto spesso la migliore risposta al loro reale bisogno; nell'ospedale medioevale infatti i confini tra assistenza e cura restavano sempre piuttosto sfumati.³

L'ammissione in ospedale era gratuita in quanto gli ospedali si reggevano sulla carità. La visita medica consisteva nella palpazione del polso ed ispezione delle urine; il medico, assistito dallo speziale e dall'infermiere, faceva tuttavia la sua comparsa come consulente esterno e non era aggregato alla famiglia ospedaliera.

Un caso particolare è rappresentato dalla scuola medica salernitana: un primo ospedale cittadino era sorto nel nono secolo sotto l'egida dei monaci di Montecassino ma successivamente la direzione divenne laica. Nel 1077 arrivò, a seguito dei crociati di ritorno dalla terra santa, Costantino l'Africano che aveva molto viaggiato in oriente. Egli fece conoscere la medicina araba e promosse l'insegnamento all'interno dell'ospedale, come tramandato dall'esempio islamico, assumendo un carattere eminentemente pratico, molto legato alla clinica.

Salerno rappresenta perciò la prima vera scuola medica d'Europa ed assume un carattere tendenzialmente ecumenico. Il corso di studi del medico viene per la prima volta stabilito dalle Costituzioni di Melfi emanate dall'Imperatore Federico II nel 1240; ciò avviene quasi in contemporanea con la nascita delle prime università a Bologna, Padova e Napoli, che rappresentano una sorta di risposta laica al bisogno di cultura custodito per molto tempo solo all'interno dei monasteri.

Nel XII-XIII secolo cominciano così a delinearsi corporazioni o collegi, a volte in associazione con gli speziali, ai quali i medici devono registrarsi per poter operare.

La maggioranza dei medici operava tuttavia privatamente mentre pochi erano

quelli stipendiati ed alle dipendenze dei comuni. L'appartenenza ad una corporazione legava i medici ad una sorta di codice deontologico (che si riferiva al giuramento ipocratico) ed allo stesso tempo permetteva al medico di godere alcuni privilegi (esenzione dal servizio militare ed esenzione da alcune tasse).

I GRANDI OSPEDALI

Verso la metà del XIV secolo, tuttavia, il modello di cura dell'ospedale medioevale andò in crisi a causa del comparire della prima grande ondata di peste: negli anni 1347-48 morirono circa trenta milioni di europei (su un totale di cento milioni) ed in quel frangente la medicina nulla poté, dimostrando così tutta la sua incapacità ed i suoi limiti.

La risposta a tale situazione fu la costituzione dei nuovi grandi ospedali, che segnarono il passaggio dagli ospedali della carità agli ospedali della cura. La seconda metà del quattrocento vede infatti imporsi l'usanza di concentrare gli interventi sanitari in grandi strutture ospedaliere destinate alla effettiva cura dei malati mentre ai piccoli ospedali si delega la cura delle patologie croniche.

Le strutture architettoniche dei grandi ospedali assumono spesso per modello la crociera dell'Ospedale Maggiore di Milano, che permette la iniziale distinzione per sesso e patologia grazie alla possibilità di divisione dello spazio offerta dalle quattro braccia laterali. Nascono così i primi tentativi di specializzazione mirati ad un intervento sanitario più efficace; al contempo però il personale ospedaliero diviene spesso mercenario, pertanto senza interesse alla cura ed all'assistenza dell'ammalato.

Il rinascimento si distingue per il suo culto della bellezza e della forma esteriore: gli ospedali si trasformano di conseguenza in vere opere d'arte. Ciò tuttavia si scontra con la trasandatezza con la quale vengono accuditi i pazienti. Il medico inoltre è raramente presente ma dagli statuti è obbligato alla visita degli infermi almeno due volte al giorno.

Leggiamo in una cronaca della vita di Michelangelo: ⁴

Quali erano a Firenze i pazienti più trascurati? Soltanto i miserabili, i senza famiglia, i mendicanti che battevano le strade della penisola. Costoro quando si ammalavano gravemente, venivano ricoverati negli ospedali. Quali ospedali? Quelli di carità annessi alle chiese. (...) Dopo la cena, che veniva servita alle cinque del pomeriggio, i pazienti s'apprestavano a dormire e le camere venivano chiuse. Non c'erano medici interni: si supposeva che i malati non dovessero aggravarsi né chiedere assistenza durante la notte. Ed essi rispettavano docilmente questa esigenza.

Così in un'epoca culturale umanistica, proprio nei luoghi di cura ove l'attenzione alla persona umana avrebbe dovuto toccare il suo apogeo regnava invece la più assoluta trascuratezza ed inumanità. L'assistenza negli ospedali era infatti affidata nella maggioranza dei casi a personale mercenario e le condizioni degli ammalati erano ridotte a livelli di abiezione spesso vergognosi.

A questa menzogna dell'umanesimo rispose una sorta di "riforma cattolica" nel recupero dell'originale sentimento cristiano mediante la costituzione degli ordini ospedalieri che ebbe per protagonisti figure eccezionali quali San Giovanni di Dio o San Camillo de Lellis. Il primo, Giovanni Ciudad, spagnolo, è all'inizio talmente poco compreso nel suo slancio amoroso al malato da subire l'internamento in manicomio prima di poter operare con spirito di carità all'interno dell'ospedale di Granada e dar prova di pietà esemplare. A quel tempo trattare con dolcezza gli

ammalati era un fatto veramente inconcepibile oltre che rischioso per la propria stessa incolumità, come provano le schiere di suoi seguaci che negli anni a venire persero la loro vita per salvare quella di altri. Egli fu inoltre il primo che attuò una reale divisione degli ammalati per categorie di patologia e si prodigò affinché ognuno potesse disporre di un proprio letto, avversando la terribile promiscuità che esisteva all'interno degli ospedali di allora.

Camillo, nativo di Bucchianico, dopo una vita dissoluta ed avventurosa, fu costretto da una infermità che lo accompagnò tutta la vita a frequentare gli ospedali romani come ammalato prima che come assistente. Da tale personale esperienza della malattia e del limite maturò la vocazione a dedicare l'intera vita al servizio degli ammalati, per i quali lui stesso ed i suoi seguaci diedero prova di eroica carità sino spesso al sacrificio della propria vita. Camillo, a partire dalla sua personale esperienza di invalidità, fu capace di una tale attenzione alla persona da introdurre innovazioni tecnologiche nell'assistenza ospedaliera tuttora presenti nei nostri moderni ospedali quali l'uso della comoda, del campanello per chiamare il personale di servizio, della pratica della consegna. Si può pertanto fondatamente affermare che Camillo fu il vero inventore della figura professionale dell'infermiere.

Questo periodo storico a cavallo tra '500 e '600 è tuttavia anche ricco di innovazioni concettuali e tecniche in campo medico ed assistenziale; di conseguenza la figura del medico viene a trovarsi pian piano sempre di più al centro del percorso assistenziale al malato e diviene sempre più rilevante la sua presenza all'interno della struttura ospedaliera.

L'ILLUMINISMO SANITARIO

Quale fu invece l'influsso dell'illuminismo nella pratica assistenziale durante il XVIII secolo? All'inizio del secolo il chirurgo Tenon, incaricato di una ricognizione dei principali ospedali francesi, dipinge un quadro sconsolante: le condizioni igieniche all'interno degli ospedali sono tuttora deplorable, la promiscuità assoluta ed il rischio di infezioni talmente elevato da spingere spesso i medici a rifiutare incarichi ospedalieri.⁵ La situazione era inoltre aggravata dal costume di concedere in appalto la gestione delle strutture ospedaliere.

Dal punto di vista culturale la riforma protestante aveva introdotto la distinzione tra Chiesa e Stato e se alla prima veniva riconosciuto il primato della carità, al secondo era invece riconosciuta competenza in campo sanitario. L'illuminismo, che si interessa alla condizione sociale maggiormente dell'umanesimo, promuove teorie filantropiche secondo le quali la salute è un bene personale e sociale: i poveri hanno diritto di assistenza e chi se ne deve far carico è lo Stato. Così nella gestione degli ospedali alla carità si sostituiscono lo Stato e la scienza.

I malati vanno assistiti preferibilmente a casa loro mentre gli ospedali devono assolvere principalmente al compito di curare e gestire i pazzi, i delinquenti e gli affetti da malattie contagiose, tutte categorie potenzialmente pericolose per la convivenza civile. I poveri infatti sono considerati socialmente e sanitariamente pericolosi e gli ospedali si trasformano certamente in luoghi di cura ma anche di controllo epidemiologico e sociale: un connubio quindi tra carità e repressione.

La rivoluzione francese chiude il cerchio requisendo i beni ospedalieri ed istituendo una sorta di ministero che regola tutto il sistema sanitario, che a tale riguardo necessita di un punto di controllo: l'Ente di Assistenza Pubblica. Anche in

campo formativo essa abolisce le facoltà mediche per sostituirlle con le *Ecole de Santé*, ove si insegna la medicina pratica, la sperimentazione chimica ed i metodi di controllo e polizia sanitaria (es. le vaccinazioni). Un pregio va riconosciuto a queste scuole ed è quello di avere operato definitivamente la piena saldatura tra la figura del medico e quella del chirurgo.

Tutte queste scoperte e progressi portarono pian piano alla deriva di onnipotenza scientifica in campo medico. Parallelamente gli ospedali si trasformano in veri centri di diagnosi e cura ma divengono anche centri di istruzione e sede di scuole mediche, come si avvera nelle capitali scientifiche europee del tempo, Parigi e Vienna.

POSITIVISMO OTTOCENTESCO E MODERNITÀ

È certamente difficile ritrovare, nella storia della medicina, un periodo così ricco di cambiamenti nella concezione della pratica medica come quello intercorso negli anni a cavallo tra '800 e '900. Sarà sufficiente ricordare, accanto alla rivoluzione batteriologica, la scoperta dei raggi X da parte del fisico tedesco Wilhelm Roentgen (1895), che permette di esplorare il corpo umano fino agli organi interni in modo totalmente nuovo. In questo periodo entrano nella comune pratica clinica nuovi strumenti quali lo stetoscopio, lo sfigmomanometro e le prime iniezioni endovenose di farmaci; nello stesso tempo l'attenzione dei clinici è attratta dalle indagini di laboratorio, che permettono di completare e supportare con dati scientifici obiettivi l'esame clinico del malato. Il medico d'inizio secolo si percepisce pertanto proiettato in una nuova prospettiva e si sente protagonista di una svolta epocale, tanti sono i nuovi mezzi che il progresso scientifico gli mette a disposizione. È un sentimento complessivamente positivo, basato sulle crescenti possibilità della scienza medica, quello che si impossessa del pensiero medico insegnato nelle università europee ed italiane.

L'uso di questi nuovi strumenti e metodiche se, da un lato, consente una più scientifica conoscenza delle malattie, dall'altro tende a frammentare la persona malata in una serie di problemi, tra loro separabili, e singolarmente affrontabili, introducendo così molteplici barriere e compartimentazioni. La stessa pratica medica al letto del malato muta quindi radicalmente. Già allora l'impressione degli operatori più attenti era quella di un progressivo distacco del medico dall'ammalato, come bene ci testimoniano le riflessioni amare del clinico medico Campanacci:

Mio padre auscultava posando l'orecchio sul petto del paziente direttamente; io ausculto con lo stetoscopio, ad una ventina di centimetri; mio figlio ausculto con il fonendoscopio, ad un metro e più... Ebbene questo allontanarsi dal malato, per me, è segnale del vero pericolo che minaccia la medicina moderna, che perda di vista l'uomo...

Il positivismo diviene in questo periodo il pensiero dominante e l'accento che lo caratterizza in campo scientifico è ben descritto nella famosa "*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*" di Claude Bernard (1865): "La medicina scientifica, come tutte le altre scienze, deve basarsi solo sul metodo sperimentale".⁶ Questa stessa mentalità portata alle sue estreme conseguenze fa affermare a Pietro Gnocco, clinico medico a Perugia e Firenze fino al 1916: "I malati sono i nostri libri [...] sono i nostri reattivi, sono i nostri preparati, sono i nostri animali da esperimento".⁷

È pertanto un naturalismo scientifico quello che impregna gli studi medici di inizio '900; da ciò deriva l'importanza che è progressivamente attribuita agli insegnamenti sperimentali ed in particolare l'enfasi posta nello studio della fisiologia

quale base razionale della pratica clinica.

Ogni malattia trova infatti la sua spiegazione nella alterazione dei fenomeni che regolano la normale, fisiologica, funzionalità dell'organismo, della macchina umana e la tecnologia entra con forza nella vita degli ospedali.

Gli avvenimenti e le evoluzioni di quest'ultimo secolo sono storia attuale; certamente ciò che più risalta nell'ospedale moderno è la deriva di onnipotenza tecnologica, che spinge il medico a fondare la sua consistenza ed il suo rapporto col malato su di essa. Il rapporto medico-paziente viene così ad affievolirsi ulteriormente, mentre si impone la frammentazione della persona che sente poco accolto il suo bisogno umano: la stessa architettura degli ospedali moderni tende a privilegiare la bellezza asettica e la funzionalità, che giovano all'organizzazione del lavoro ma non sempre altrettanto all'accoglienza del bisogno umano.

La competenza scientifica non è però inevitabilmente scissa dalla attenzione a tutte le dimensioni della persona umana. Figura interessante ed originale in quel periodo è quella di Giuseppe Moscati (1880-1927).⁸ Moscati è uomo del suo tempo e pertanto, specie nei primi anni di attività dopo la laurea, si dedica con impegno e successo alla ricerca in laboratorio, come testimoniano le sue numerose pubblicazioni in campo biochimico. Il suo modo di agire, sebbene partecipi ad ogni aspetto del travagliato mutamento in atto e non tralasci di utilizzare tutti i mezzi tecnici a disposizione, appare del tutto singolare. L'idea che deve muovere l'agire del medico è quella di una perfetta carità cristiana e pertanto per lui la ricerca scientifica è soltanto l'occasione per approfondire la conoscenza del mistero dell'uomo e la medicina lo strumento per condividere l'esperienza del limite umano e della malattia.

Alla fine di questo breve percorso, dagli ospedali della carità agli ospedali della cura ed infine agli ospedali tecnologici del presente, l'esempio originale di Moscati sembra quindi rappacificare la figura del medico e della sua opera all'interno degli ospedali con tutto il travaglio patito nei secoli e riconsegnarlo alla sua originaria missione di servire la persona malata a partire da un dato positivo, l'esperienza del bene incontrato che diviene possibilità di salvezza per tutti.

¹ G.C. CESANA, *Il "Ministero" della salute*, Firenze, SEF Edizioni, 1999, p.19.

² A. PAZZINI, *L'ospedale nei secoli*, Roma, Ed. Orizzonte Medico, 1958, p. 69.

³ G. ARMOCIDA, B. ZANOBIO, *Storia della medicina*, Milano, Masson Edizioni, 2002, p.82.

⁴ I. STONE, *Il tormento e l'estasi: vita di Michelangelo*, Milano, Ed. Corbaccio, 2002, pp. 223-225.

⁵ R. H. MAJOR, *Storia della medicina*, Firenze, Sansoni Editore, 1959, p. 445.

⁶ C. BERNARD, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Milano, Ed. Feltrinelli, 1975, riportato in G. COSMACINI, *Il mestiere del medico*, Milano, Ed. Raffaello Cortina, 2000, p. 129.

⁷ G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Ed. Laterza, 1987, p.379.

⁸ Sulla figura di Moscati vedi: P. BERGAMINI e coll., *Laico cioè cristiano: San Giuseppe Moscati medico*, Castel Bolognese, Itaca Edizioni, 2002.

IL LINGUAGGIO EMOZIONALE DEL CORPO

Laura Bertelé

*Quanto più in fondo
vi scava il dolore,
tanta più gioia
voi potrete contenere*
(Seneca)

Di fronte a me è seduta una signora sulla sessantina, capelli grigi ben pettinati, con piccole onde precise e ordinate, un vestito di seta scuro a fiorellini chiari, al collo un filo di perle. “Per bene” è il termine che mi viene in mente per descriverla tout court. Il viso è quello di una bambina invecchiata, un viso infantile dalla pelle avvizzita. Mi descrive il suo dolore con precisione, direi meticolosità.

Da sei mesi la spalla sinistra le duole “inizialmente con la sensazione di una morsa, poi con quella di un peso sempre più grave, di un bruciore, come un fuoco, che mi ha bloccato progressivamente il braccio”.

La voce è infantile e lamentosa, quasi volesse convincermi che il dolore è reale. Sciorina esami (ecografie, analisi del sangue, radiografie) sottolineando più volte, a riprova dell’effettività del suo dolore, che vi è una calcificazione nei tessuti molli, della borsa fra l’acromion e l’omero. Elenca tutti i tentativi terapeutici inefficaci a cui finora si è sottoposta, ripetendo ogni volta dopo aver nominato la terapia: “naturalmente non ne ho tratto alcun beneficio”.

Come d’abitudine, chiedo alla signora se ha sofferto in passato di malattie, ma nella sua storia non riscontro nulla d’importante. Infine, come sempre, le chiedo notizie sulle condizioni di salute dei suoi famigliari.

Il viso della signora s’irrigidisce allora in una maschera di tensione dolorosa. Con una voce completamente diversa, da persona anziana, rotta dall’emozione, mi dice: “La mamma è morta due mesi fa – precisando il giorno, il mese, l’ora – dopo cinque mesi d’infermità per un tumore al seno”. S’interrompe travolta dall’ondata di dolore. È una piccola, vecchia bambina disperatamente sola dopo aver vissuto per tutta la sua vita con la madre, o meglio, senza aver mai vissuto una sua propria vita, guidata sempre da ciò che poteva fare più o meno piacere alla madre. Aveva cercato di adeguarsi a ciò che la madre desiderava o che lei pensava desiderasse. Aveva compiuto gli studi (di ragioneria) come voleva la madre; aveva lavorato da impiegata sempre nella stessa ditta, e ora era in pensione. Le sue scelte erano sempre state condizionate da qualcuno: madre, padre, fratello (unico), datore di lavoro.

Aveva assistito con dedizione assoluta notte e giorno la madre inferma negli

ultimi mesi di vita. E ora... un baratro di solitudine, di vuoto le si apriva dinanzi.

La guardo con tenerezza: “La spalla ha preso, ha assorbito parte di questo suo grande dolore” – le dico e il viso le si ammorbida mentre gli occhi le si riempiono di lacrime.

Il corpo ha permesso anche a lei di sopravvivere e di affrontare una situazione di grande dolore. Il corpo infatti ci aiuta nei momenti di pena e di angoscia immagazzinando le emozioni a volte nei visceri, e più spesso nei muscoli, che, irrigidendosi, ci proteggono come una corazza nelle nostre “guerre quotidiane”.

Il corpo non distingue se il peso è fisico o psichico; i muscoli si contraggono sempre come se lo sforzo fosse fisico ed a contrarsi sono quelli che servono a proteggere la parte del corpo simbolicamente coinvolta.

Quando avevo iniziato a utilizzare il metodo Mézières,¹ come terapia per problematiche o patologie osteo-articolari, ero rimasta stupita dell’efficacia del metodo nel far rilasciare i muscoli e nello sbloccare le articolazioni. Ma mentre il muscolo si rilasciava si liberavano anche le emozioni in esso immagazzinate. A volte il paziente ne era consapevole e le verbalizzava, associandole a vissuti o ricordi, altre volte esse si liberavano come bolle di gas da un liquido, silenziosamente. A mano a mano che i muscoli si rilasciavano, il corpo cambiava postura, diventava più armonico e simmetrico.

Fino ad allora, con i metodi di rieducazione o chinesiterapia da me appresi durante la scuola di specialità in terapia fisica e riabilitazione e praticati nei vari reparti ospedalieri o nei centri privati che avevo frequentato, non avevo alcun effetto sulla vita emozionale ed affettiva del paziente. Con il metodo Mézières, invece riuscivo ad ottenere grandi miglioramenti riguardo ai problemi fisici della persona che si rivolgeva a me (sciatalgie, artrosi cervicale, lombare, dell’anca, delle ginocchia, scoliosi, rigidità, spasticità), e contemporaneamente provocavo anche reazioni emozionali, a volte pure molto intense.

Mézières mi aveva obbligata a passare dal fare al sentire: sono le mani a sentire la contrattura del paziente, il dolore trattenuto nei suoi muscoli e sono le mani che devono rispondere al grido d’aiuto di quel corpo.

“Dovete essere nelle vostre mani, dovete essere le mani” ci diceva Mézières. È stato un cammino di educazione all’ascolto dell’altro, non solo delle parole con cui il paziente ci raccontava il suo dolore, ma anche e soprattutto del dolore inespresso, non consapevole, profondo, inscritto nella carne, a cui il paziente stesso non riesce a dare un nome, che non si autorizza a sentire, che parla nel e col corpo.

La Mézières aveva insegnato per molti anni anatomia, fisiologia e ginnastica medica alla scuola francese di ortopedia e massaggio di Parigi e per quattro anni ginnastica medica all’ospedale Salpêtrière. La conoscenza perfetta dell’apparato scheletrico e muscolare era la struttura portante del suo metodo, che aveva elaborato partendo da un’osservazione, chiamata da lei “osservazione principale”, nata da una seduta di terapia su una donna con dorso curvo e periartrite delle due spalle. La donna era stata trattata da un grande ortopedico di Parigi con un corsetto rigido che aveva comportato solo la comparsa di piaghe nei punti di appoggio. Mézières la fece distendere sulla schiena e fece una piccola pressione sulle spalle, molto anteposte, per portarle più indietro.

Questa lieve pressione provocò istantaneamente una lordosi lombare, che Mézières cercò di correggere facendo flettere le ginocchia. Ma questo movimento causò, come ulteriore compensazione, una accentuazione irriducibile della lordosi

cervicale.

Mézières ripeté più volte la sequenza dei movimenti e delle correzioni e le reazioni furono sempre le stesse. Ne concluse che i muscoli della schiena di quella signora si comportavano come se fossero un solo muscolo, troppo forte e troppo corto, e riscontrò lo stesso fenomeno su tutti i pazienti che vide da quel giorno: cioè che i loro muscoli dorsali si comportavano sempre come se fossero troppo corti e troppo forti.

Pubblicò così nel 1949 *Révolution en gymnastique orthopédique* pensando che il libro provocasse una reazione esplosiva ed invece, come spesso accade, la scienza ufficiale si difese ignorandolo, non prendendo in considerazione una teoria che poteva rimettere in discussione le basi della rieducazione praticata ovunque. Mézières non si scoraggiò per questo, ma si dedicò alla diffusione della sua scoperta.

Per Mézières gran parte dei muscoli sono organizzati in insiemi funzionali chiamati catene muscolari, che sono cinque e si comportano come dei grandi elastici sempre troppo corti e rigidi. La catena principale è quella posteriore che inizia dalla nuca, comprende tutti i muscoli dorsali, i glutei, i muscoli della regione posteriore delle cosce e delle gambe, prosegue con quelli della pianta del piede e termina, con quelli della regione anteriore della gamba, fino a sotto il ginocchio, come se fosse una calza il cui bordo superiore posteriore risale fino alla nuca. Se la catena è molto accorciata si avrà un'alterazione della posizione della colonna (accentuazione delle lordosi o delle cifosi, scoliosi) o degli arti inferiori (deformità delle ginocchia e dei piedi; ginocchia a X o a O, piedi piatti, dita ad artiglio).

Altre due catene sono quelle degli arti superiori, che fanno tenere il gomito lievemente flesso, le mani leggermente chiuse e pronate. Più queste catene sono corte più i gomiti sono flessi e le mani chiuse a pugno.

Vi sono poi le due catene anteriori: quella superiore, o catena del collo, che tira la testa in avanti e spinge il mento verso l'alto (posizione che potremmo chiamare "da biberon"), e quella inferiore ed anteriore, composta dal muscolo del diaframma e da un grosso muscolo che va dalla regione lombare al femore (muscolo ileo-psoas). Questa catena accentua la lordosi lombare, aumenta cioè la curva a concavità posteriore della colonna lombare.

Le catene sono interdipendenti fra loro: un'azione su un punto qualsiasi di una di esse provoca un accorciamento in una o più delle altre catene. Questa reazione è tanto più accentuata quanto più le catene sono accorciate.

Iniziai a utilizzare il metodo Mézières e mi diventava sempre più evidente che non aveva senso un lavoro segmentario sul corpo, che era assurdo potenziare dei muscoli, come i dorsali, che sono già troppo forti e che ci schiacciano con la loro forza; che era inutile, anzi dannoso, mobilizzare un'articolazione frenata dai muscoli. Bisognava allungare, ammorbidire i muscoli, lavorando sull'insieme del corpo. Era stupido accelerare con i freni tirati; bisognava *desserrer les freins* per prima cosa, altrimenti i capi articolari, sottoposti a un attrito eccessivo, degenerano rapidamente verso l'artrosi.

Mi chiedevo sempre di più come avessi fatto a non vederlo prima, come fosse possibile che questa metodologia d'osservazione non avesse una maggior diffusione. Non era, infatti, una tecnica a essere insegnata, cioè una serie di esercizi, ma un metodo, un modo nuovo ed intelligente di vedere il corpo.

Bisognava imparare a vedere come il corpo compensava, cioè si contorceva, si contraeva per evitare di essere rimesso in asse e di riassumere una posizione più

corretta; doveva farlo perché correggendosi sarebbe riemerso un vecchio dolore, nascosto in quella contrazione muscolare. Come diceva Mézières era una “caccia alle compensazioni” per scoprire il dolore nascosto. Bisognava risalire, leggendo il corpo, la catena degli aggiustamenti, delle compensazioni che il corpo aveva utilizzato anche in anni ed anni per non sentire un certo dolore.

La terapia consiste dunque nell’allentare simultaneamente le cinque catene utilizzando l’espiazione profonda, che favorisce la diminuzione del tono muscolare, e nel correggere le compensazioni.

Il terapeuta plasma il corpo del paziente riaccompagnandolo verso la sua morfologia ideale, allentandone le tensioni, le contratture, i freni che gli impediscono la libertà dei movimenti.

Utilizzavo il metodo Mézières da circa tre anni e le intense reazioni emozionali dei pazienti mi coinvolgevano profondamente, sentivo di aver bisogno di un aiuto per aiutare il paziente non solo a cambiare posizione, ma a cambiare vita, a rompere quegli schemi abituali di vita e di postura che lo avevano portato alla malattia.

Mi era sempre più chiaro che non c’è guarigione senza cambiamento di vita, che il corpo ci manifesta un disagio profondo attraverso il sintomo, e che per cambiare, a volte per rivoluzionare gli schemi mentali con cui ed in cui siamo cresciuti, in cui abbiamo rinchiuso e soffocato il nostro essere, è necessaria molta forza ed energia vitale. La malattia dice che ci siamo allontanati dal nostro essere per recitare il personaggio che abbiamo scelto per essere accettati, per adeguarci alle richieste palesi o subliminari, che il nostro ambiente, i nostri famigliari, ci hanno posto, o abbiamo creduto che ci ponessero. La guarigione è mettersi in ascolto e ritrovare il nostro vero Essere, recuperare quella parte di noi di cui ci siamo dimenticati, ascoltare le esigenze del nostro piccolo Io che non abbiamo saputo o potuto accogliere.

Ho pensato allora di proporre ai pazienti di integrare le sedute Mézières con colloqui psicoterapici d’appoggio, ma presto mi sono accorta che in questo modo veniva sottolineata la loro divisione schizofrenica, già così importante, in corpo e mente.

In quel periodo incontrai il metodo Tomatis. Fui invitata a pranzo con Mézières a casa di Thèrese Berthèrat, autrice di “Guarire con l’antiginastica”.² Insieme a noi era stato invitato anche il professor Tomatis³, che aveva elaborato il metodo a cui aveva dato il nome.

Tomatis si occupò all’inizio della sua carriera delle sordità professionali dei lavoratori degli arsenali militari, ambienti molto rumorosi, e rilevò che i soggetti non riuscivano a riprodurre nella voce le frequenze non più percepite dall’orecchio. Inventò allora un apparecchio chiamato “orecchio elettronico” che, secondo la sua teoria, avrebbe aiutato l’orecchio a reintegrare la percezione delle frequenze perdute con una “ginnastica” che faceva compiere ai muscoli dell’orecchio medio per mezzo di due filtri, uno passa basso e uno passa alto. Un registratore emetteva una musica, Mozart e canti gregoriani, che entrata nell’orecchio elettronico veniva quindi filtrata e fatta poi ascoltare con una cuffia al paziente. La finalità della terapia era di rieducare l’orecchio a percepire soprattutto le frequenze acute, che sono le prime che l’orecchio non percepisce più se affaticato per l’età o per cause patologiche.

Durante il pranzo Tomatis espose il suo metodo. Ero affascinata dalla sua teoria e dalla stretta relazione fra orecchio-ascolto e postura e quando gli chiesi quale poteva essere secondo lui la causa della scoliosi, mi rispose con sicurezza “un’asimmetria

dei vestiboli”.

Mi propose di approfondire la teoria del metodo seguendo i corsi di formazione e quando chiesi se poteva essere interessante l'integrazione del metodo Mézières con il metodo Tomatis, mentre Mézières si irrigidì, palesemente contrariata, Tomatis si dimostrò entusiasta. Seguii il corso di formazione al metodo Tomatis ed aprii il primo centro Tomatis in Italia.

Il paziente giunto al centro veniva sottoposto a un bilancio audio-psico-fonologico e posturale; cioè a una serie di test che permettevano di stabilire la sua capacità di sentire, cioè di percepire i suoni e di ascoltare. L'ascolto è una funzione attiva, che implica l'analisi ed il riconoscimento delle frequenze; l'ascolto è anche in relazione al nostro desiderio di comunicare.

Nel test d'ascolto si poteva “leggere” la modalità di comunicazione del soggetto ed anche la postura del corpo.

In quegli anni vidi centinaia di pazienti e verificai che effettivamente dalla curva del test audiometrico potevo dedurre la postura: nelle scoliosi la curva è sempre asimmetrica, cioè l'andamento del tracciato di un orecchio è sempre molto diverso da quello dell'altro e rispecchia la curva della colonna vertebrale scoliotica.

Integrate con l'ascolto della musica, le sedute di rieducazione non erano più (e non sono) vere e proprie sedute Mézières perché il corpo rispondeva molto più rapidamente mentre i muscoli davano la sensazione di una pasta morbida che si lasciava modellare. Dove prima bisognava mantenere la postura di allungamento per molti minuti ed eseguire forti pressioni, ora bastava soltanto suggerire al corpo con lievi pressioni la postura perché questo l'assumesse immediatamente, mantenendola. Le sedute divennero più brevi e più frequenti. Con l'ascolto, da una seduta settimanale, si poté passare a più sedute settimanali, per i problemi più gravi. Il corpo era comunque in grado di assorbire e di integrare il cambiamento. I casi sempre più difficili dei pazienti ci hanno portato a lavorare in due o più terapeuti sulla stessa persona per riuscire a evitare le compensazioni.

Utilizzavo il metodo Tomatis da ormai sei anni, ed avevo via via constatato che alcune persone, soprattutto quelle che avevano seguito più cicli di sedute, manifestavano disturbi, a volte gravi, a carico dell'apparato intestinale e cardio-circolatorio, oppure malesseri psichici, crisi di ansia, depressione.

Queste esperienze mi convinsero che si trattava di un approccio ancora limitato e, soprattutto, incerto quanto rapporto tra benefici e rischi, almeno nel contesto in cui applicavo il metodo. Pertanto decisi di abbandonare quegli strumenti e di integrare il metodo Mézières con altri approcci più efficaci. Ripresi la terapia dell'ascolto senza strumenti Tomatis.

Comprai nuove apparecchiature professionali identiche a quelle usate nelle sale di registrazione: lettore di nastri, compact-disc, equalizzatori, cuffie ed altoparlanti. Decisi di cercare di rieducare l'orecchio fornendogli realmente le frequenze che nel test risultavano meno percepite. Come musica mantenni quella di Mozart, per il ritmo brioso e vario, per la straordinaria melodia e la ricchezza di alte frequenze delle sue sinfonie, per la sua inesauribile creatività. Decisi di alternare Mozart ai canti gregoriani, dopo aver verificato la caratteristica di rilassare e calmare le persone nei momenti di grande tensione ed ansia, che accompagnano ogni cambiamento.

Il periodo di utilizzo del metodo Tomatis mi aveva comunque permesso di capire ancor più quanto l'uomo fosse un'inscindibile unità e come ogni dolore o patologia fossero un'espressione di un malessere dell'Io profondo o spirituale.

Era ormai per me evidente che la musica è un'eccezionale fonte di energia; viene trasformata dalla coclea, struttura dell'orecchio interno, da vibrazione sonora a impulso elettrico, che viene trasportato dal nervo acustico fino alla formazione reticolare, vera centralina elettrica, accumulatore di energia che ci permette di essere coscienti, presenti ed allo stesso tempo modula il tono muscolare. La formazione reticolare è sotto il diretto influsso delle strutture limbiche, sede delle emozioni e di precedenti vissuti che colorano di positivo o negativo ogni nuova esperienza. Il messaggio sonoro "colorato" emozionalmente viene poi trasferito alla zona temporale dove avviene la decodificazione e l'integrazione con gli altri messaggi sonori. Avevo già verificato l'importanza dell'effetto della musica sul corpo ed avevo notato che lo rendeva più plastico, malleabile e contemporaneamente forniva alla persona l'energia per poter cambiare.

Volevo poter fornire questo aiuto alle persone che si rivolgevano a me senza che avessero gli effetti collaterali indesiderati notati utilizzando il metodo Tomatis. Con le nuove apparecchiature professionali riuscii così ad avere gli effetti positivi dati dalla stimolazione sonora, l'energia necessaria al cambiamento e la malleabilità del corpo, senza avere gli effetti negativi e senza avere inoltre quella sorta di dipendenza dalle sedute che si creava in alcuni pazienti.

Continuai ad organizzare le settimane di terapia in cui i pazienti, dal lunedì al venerdì, partecipano ogni giorno alle sedute di rieducazione posturale in cui tre o più terapeuti si dedicano contemporaneamente alla stessa persona in modo da ottenere un allungamento ottimale delle catene muscolari. Prima e dopo la seduta i pazienti ascoltano in cuffia musica di Mozart filtrata per mezz'ora. Il programma dell'ascolto prevede che vengano introdotte le alte frequenze in progressione in modo che durante i primi giorni il paziente ascolti soprattutto le basse frequenze, nei giorni successivi le medie e infine le alte frequenze. Durante il giorno i pazienti partecipano anche a incontri individuali o di gruppo di educazione all'ascolto del corpo (propriocezione): attraverso piccoli movimenti, esercizi di equilibrio, l'uso di palline, imparano a percepire le tensioni muscolari, le asimmetrie nel corpo, ad ascoltare le emozioni che il corpo comunica.

Per queste settimane, abbiamo scelto dei luoghi piacevoli, immersi nella natura, alberghi confortevoli ed accoglienti perché le persone fossero indotte a "staccare" la mente dalle preoccupazioni e dalla routine quotidiana e potessero più facilmente essere attente ai cambiamenti suggeriti dalle terapie.

È nato così un nuovo modo di lavorare con meno esercizi e molta più precisione nel rispettare i principi del metodo Mézières. Eccoci in ascolto del corpo del paziente per non forzarne le difese, per aiutarlo a decontrarre i muscoli ed a lasciare le resistenze quando è il momento, quando è pronto e dall'interno nasce la richiesta di aiuto. Le nostre mani sono mezzi a disposizione della persona perché possa rilasciare le contratture, e far cedere le difese muscolari, al fine di ritrovare dentro di sé la postura ideale.

Alla postura ideale per quel corpo (che può avere anche limitazioni indelebili) corrisponde un equilibrio psicofisico della persona, segno tangibile che la persona è in ascolto delle sue emozioni che parlano attraverso e nel suo corpo, e che la guideranno nelle scelte di vita in un cammino evolutivo, per realizzare ciò per cui è nel mondo.

Ho capito poi che era anche necessario dare alla persona un tempo e uno spazio per rendere consapevole e cosciente il cambiamento suggerito col metodo Mézières;

invito quindi i pazienti a partecipare anche durante il periodo invernale, nella loro città, a sedute di educazione alla percezione corporea secondo il metodo di Jean Le Boulch⁴ o psicocinetica. Questa disciplina consiste in un'educazione al movimento che rispetta e rieduca il controllo corretto della posizione e del movimento.

Perché la persona possa integrare e riprodurre sequenze complesse di movimenti, come nello sport, è fondamentale che abbia prima sviluppato un corretto schema posturale e motorio automatico o non cosciente; bisogna cioè prima educare il soggetto a un libero aggiustamento spontaneo in modo da arricchire il suo patrimonio di automatismi e solo in un secondo tempo si può fargli apprendere sequenze complesse. Ciò vale sia in campo educativo con i bambini sia in campo rieducativo (con bambini ed adulti).

Durante le sedute vengono insegnati semplici movimenti, grazie ai quali la persona può imparare a percepire le contratture muscolari, a rilassarsi, ad andare "verso" il dolore senza irrigidire i muscoli, ma cercando di ascoltare il messaggio che il corpo invia attraverso il sintomo. Si educa così la persona a diventare non dipendente dalle sedute di terapia e dal terapeuta e la si accompagna a comprendere che la guarigione è sempre un'autoguarigione.

In questi ultimi dieci anni (dal 1993) abbiamo organizzato settimane in Val d'Aosta, in Sardegna, ad Ischia. A marzo a Champoluc, in Val d'Aosta, al mattino, i pazienti partecipano a lezioni di sci; li si aiuta a rompere schemi rigidi, a trovare nuove strategie di riequilibrio, a coordinare parte superiore ed inferiore del corpo: un ottimo lavoro neuromotorio in un contesto di gioia e piacere, immersi in un ambiente naturale meraviglioso che dà energia e serenità.

Hanno iniziato a sciare bambini spastici che faticavano a camminare, hanno trovato sicurezza in se stessi bambini e ragazzi Down, si sono riconciliati col corpo adulti con esiti di ictus, coma (emiparesi, paraparesi, tetraparesi).

In Sardegna, a giugno, uniamo alle sedute di rieducazione posturale le sedute di educazione psicomotoria in acqua ed a terra. In una settimana portiamo con noi solo adolescenti con scoliosi che, accompagnati e diretti da un regista teatrale, "montano" uno spettacolo teatrale scrivendone il soggetto, scegliendo e cercando i personaggi che poi personificano.

In luglio invece andiamo a Champoluc, dove i ragazzi creano uno spettacolo di danza guidati, anzi trascinati da Cristiana Morganti, straordinaria prima ballerina della compagnia di teatro-danza di Pina Bausch in Germania. Quando alla fine della settimana assistiamo a questi spettacoli, veniamo travolti da ondate di emozioni, vortici di energia esplosiva; ogni volta sorpresi dalle potenzialità creative e motorie dei corpi - solitamente contratti ed avvitati su di sé - dei nostri ragazzi.

Ad Ischia invece alterniamo le sedute di rieducazione posturale con lo *watsu*. Lo *watsu* deriva dallo zen-shatsu. Consiste in pressioni e stiramenti volti a far affiorare e fluire liberamente l'energia nei canali dei meridiani dell'agopuntura. Praticato in acqua calda a 37 gradi, è un "massaggio meditativo" che, attraverso semplici movimenti, ridesta la coscienza corporea portandola dal frammento all'unità, ridesta la memoria di un benessere antico, precedente a ogni bisogno non riconosciuto, alla sofferenza di una richiesta evasa, inascoltata, riporta là dove esiste soltanto l'Essere. Permette così a noi di lavorare su un corpo più sentito e vissuto, su una coscienza più risvegliata.

Ma l'aspetto più affascinante e ogni volta sorprendente di queste settimane è l'atmosfera che si crea, le amicizie che nascono e si stringono, l'allegria e

l'entusiasmo contagioso dei giovani che vi partecipano, che hanno il loro clou nella festa di giovedì sera dove si alternano i balli, i canti, le scenette e le coreografie preparate dai più piccoli e dai ragazzi. Si forma così un'energia straordinaria, coinvolgente, trascinate, tanto che più volte mi sono stupita vedendo nascere movimenti nuovi e mai sperimentati in persone con seri problemi motori. Ricordo per esempio una ragazza che per un grave problema motorio, insorto da qualche anno, non riusciva ad alzare le braccia se non di pochi gradi; ballando, si ritrovò, stupita lei per prima, con le braccia alzate sopra il capo.

Ogni giorno mi stupisco di come l'inconscio parli chiaramente e in modo inequivocabile attraverso il sintomo. A volte mi sembra che l'inconscio sia un bambino burlone che usa un linguaggio, a volte analogico, a volte allegorico, a volte archetipico. Dalle parole con cui il paziente descrive il proprio dolore si può dedurre il messaggio del nostro piccolo bambino ferito. Recentemente una signora dell'alta borghesia milanese descriveva il suo dolore sciatalgico "come un cocodrillo che mi morde la chiappa" – "Chi è questo cocodrillo?" le ho chiesto a bruciapelo. Scoppiando a ridere: "Non lo sopporto proprio più – sbotta – pretende solo attenzioni anche ora che sto male; è colpa mia, l'ho viziato per trent'anni".

Ogni parte del corpo ci parla e ci può raccontare la sofferenza che vi è immagazzinata, incorporata. Ogni parte ha un suo linguaggio che dobbiamo capire ed ascoltare.⁵

La parte sinistra del corpo parla del nostro passato, del vissuto relativo alla nostra affettività, del legame con l'immagine materna e con tutte le presenze femminili della nostra vita, della capacità di ricevere ed accogliere; la parte destra racconta del legame che abbiamo con l'immagine paterna e le presenze maschili nella nostra vita, dei rapporti che abbiamo nel sociale (sul lavoro o in altri gruppi sociali), della capacità e determinazione di agire nel o sul mondo esterno. Per esempio le caviglie ed i polsi sono le regioni che, se soffrono, dicono che ci sentiamo costretti, impediti, rinchiusi in schemi e in situazioni soffocanti; le ginocchia dicono che manchiamo di appoggio, ci sentiamo poco sorretti ed abbiamo poca fiducia nella nostra capacità di avanzare e "stare sulle nostre gambe". Le spalle si incurvano e soffrono sotto il peso di responsabilità assunte reali o presunte.

Dobbiamo perciò ascoltare il bambino divino e prezioso che è in noi, che sa di che cosa ha bisogno per essere felice, che sa a chi ed a che cosa dobbiamo dire "No. Basta così", che sa qual è la strada che può renderci felici. Ci sussurra attraverso il corpo quando non condivide le scelte che facciamo, la vita che conduciamo, il personaggio che recitiamo. Se non ci prendiamo il tempo per ascoltare la sua piccola voce, non può far altro che rendere più forte il messaggio del corpo, a volte urlarlo, obbligandoci a fermarci per poter cambiare vita.

¹ Françoise Mézières, fisioterapista francese (1909-1991)

² T. BERTHERAT, *Guarire con l'antiginastica*, Milano, Mondadori, 1978.

³ Alfred Tomatis, (1921-2000), audiologo francese di origine italiana.

⁴ Jean Le Boulch, (1924-2001) professore di educazione fisica, laureato in medicina e psicologia, uno dei più autorevoli ricercatori ed esperti dell'aspetto neurologico della postura e del movimento.

⁵ Per approfondimenti vedi L. BERTELÉ, *Il linguaggio emozionale del corpo. Viaggio verso la guarigione*, Milano, Baldini e Castoldi Dalai, 2003.

LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL DOLORE

Alessandro Perini

Sembra paradossale, ma si usa affermare “benedetto dolore!”; le persone con insensibilità congenita al dolore vanno incontro infatti a conseguenze molto gravi (amputazioni per traumi, appendiciti che evolvono in peritoniti, etc.) e muoiono spesso in giovane età.

Si deve riconoscere inoltre che ancora oggi il dolore, almeno in alcuni casi, è lo strumento usato per educare. Il dolore determina, meglio, condiziona i nostri comportamenti. Il bimbo inconsapevole si arresta al richiamo sul ciglio del marciapiede perché quel tono di voce, quell’espressione severa della mamma o del papà, gli richiamano un dis-piacere già provato che sa di poter evitare fermandosi.

La relazione che c’è fra dolore e comportamento vale, come si vedrà, anche in senso contrario. Più avanti si cercherà di spiegare in che modo il comportamento sia in grado di influenzare il dolore.

Tra le scene di crudo realismo dello sbarco in Normandia del film “Salvate il soldato Ryan” sorprende la figura di un soldato americano che con sostanziale indifferenza cammina sulla spiaggia tenendo sotto l’ascella destra il suo arto superiore sinistro smembrato alla radice. Quanto detto porta a considerare con interesse ancora maggiore le problematiche del dolore ed in particolare il ruolo della componente psicologica che in talune circostanze può assumere un’importanza ancora maggiore della cosiddetta componente nocicettiva.

Il dolore, compagno dell’uomo fin dalla origine, è stato da sempre oggetto di attenzione e di studio in tutte le epoche.

È interessante notare che i risultati più importanti dal punto di vista scientifico si sono ottenuti solo qualche decina di anni fa e sono il frutto della feconda collaborazione di Patrick D. Wall (direttore del “*Cerebral Functions Research Group*” e professore del Department of Anatomy - University College di Londra) e Ronald Melzack (professore al Department of Psychology alla McGill University of Montreal - Quebec Canada). Melzack e Wall, l’uno psicologo e l’altro neuroanatomofisiologo, considerati, a buon diritto, i padri della moderna ricerca sul dolore, hanno avuto il merito di segnalare che il sistema di rilevazione degli stimoli dolorosi possiede al suo interno raffinati meccanismi di modulazione delle afferenze nocicettive e di eliminazione del sintomo. Se così non fosse, infatti, ciascuno continuerebbe ad avvertire il male che ha sentito quando da bambino è caduto dalla bicicletta o ha toccato inavvertitamente la piastra incandescente della cucina economica di casa.

Che il dolore abbia una genesi multidimensionale è ribadito dalla stessa definizione che ne dà la Società Internazionale per lo Studio del Dolore che lo

definisce appunto: *“Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”*. La commistione delle varie componenti è inseparabile e quanto espresso segnala che quando c'è dolore, sono sempre presenti, in grado più o meno elevato, entrambi i fattori, emotivi e sensoriali.

Trattandosi di un'esperienza soggettiva, chi se ne vuole occupare è richiamato ad un atteggiamento di ascolto. Solo chi la prova, è in grado di definirne l'intensità. I curanti devono astenersi da proprie valutazioni, frutto spesso di pregiudizi che inducono, a volte, ad esprimere ammirazione per lo stoicismo di qualche paziente e insofferenza per la lagnosità di qualche altro.

Certe apparenti incongruenze tra la gravità della causa e la rilevanza dell'espressione del dolore devono invece far meditare proprio sul fatto che, a parità di lesione e di verosimile intensità nocicettiva, può corrispondere - in persone diverse o in momenti diversi nella stessa persona - un diverso livello di sofferenza.

L'argomento merita di essere approfondito considerando la differenza tra dolore e sofferenza e le peculiarità delle diverse componenti dell'esperienza dolorosa: la componente sensitivo-discriminativa (che ha a che fare con l'individuazione della sede e con la soglia del dolore) e la componente affettivo-motivazionale (che ha a che fare invece con la capacità di sopportazione del sintomo). Conviene qui fornire qualche cenno sulla anatomia e fisiologia del dolore.¹

ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL DOLORE: CENNI

Dal punto di vista anatomico-fisiologico, il fenomeno può essere rappresentato da una successione di eventi che iniziano con l'eccitazione di strutture in grado di trasformare stimoli meccanici, termici, chimici in energia elettrica (recettori), proseguono con il trasferimento dell'impulso elettrico alla radice posteriore del midollo spinale (sede di meccanismi di modulazione periferici e centrali della sensazione dolorosa), di qui al talamo attraverso i fasci paleo- e neo spino-talamici e si concludono con la proiezione alla corteccia cerebrale attraverso le radiazioni talamo-parietali. Come detto, accanto al sistema di ricezione del dolore esiste un sistema, forse più complesso, di modulazione e controllo del dolore influenzato dall'azione di morfine endogene, le cosiddette endorfine e dalle interazioni con le strutture che regolano il tono affettivo.²

L'argomento è ben sviluppato in un testo di Fields:³

“Melzack e Casey considerano la sensazione dolorosa costituita da due componenti: la componente sensitivo-discriminativa e la componente affettivo-motivazionale. L'aspetto sensitivo-discriminativo si riferisce ai processi che portano all'identificazione ed alla localizzazione dello stimolo nocivo. La soglia del dolore, ovvero l'intensità alla quale uno stimolo viene percepito soggettivamente come doloroso, è una discriminazione sensitiva. Anche la valutazione dell'intensità dello stimolo è una funzione sensitivo-discriminativa. L'aspetto sensitivo-discriminativo è relativamente costante in un individuo o in individui diversi. Melzack e Casey hanno ipotizzato che la via laterale neo-spino-talamica possa contribuire all'aspetto sensitivo-discriminativo del dolore.

Oltre alla sua identità di sensazione somatica, il dolore si associa, di solito, ad una sensazione caratteristica di tono sgradevole ed al desiderio di fuggire. Questa sensazione rappresenta l'aspetto affettivo-motivazionale del dolore, notevolmente indipendente dalla localizzazione e dalla natura dello stimolo, ma direttamente correlato alla sua intensità.

In contrasto con l'uniformità dell'aspetto sensitivo-discriminativo del dolore, vi è un'ampia variabilità nelle sofferenze, nei disagi o nelle ansie riportate da diversi individui in risposta a

stimoli apparentemente identici. Questa variabilità si evidenzia nelle diverse manifestazioni individuali di dolore e nelle diverse capacità di tollerare stimoli nocivi molto simili. Gli autori hanno proposto che la via paramediana (paleo-spino-talamica), con le sue proiezioni diffuse al sistema limbico ed al lobo frontale contribuisca soprattutto all'aspetto affettivo-motivazionale del dolore".

IL DOLORE NEL PAZIENTE NEOPLASTICO

Un terzo di tutti i malati di cancro, e ben il 70% di quelli con malattia avanzata, soffrono di dolori tali da richiedere l'uso della morfina o di farmaci analoghi. Purtroppo, meno della metà di questi riceve un trattamento adeguato. Molta strada resta ancora da percorrere se si pensa che negli stessi Stati Uniti un malato di tumore su quattro muore con dolore. Il dolore neoplastico rappresenta, quindi, una delle sfide più impegnative, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità è impegnata a favorire la corretta applicazione dei protocolli terapeutici, attraverso programmi di promozione culturale e organizzativa.

Un primo problema consiste nella valutazione del sintomo. Medici ed infermieri tendono a farsi un'idea preconcepita dell'intensità del dolore in un dato paziente. Essa viene spesso collegata alle caratteristiche proprie della malattia (sede, diffusione, istologia, etc.) o all'atteggiamento psicologico del paziente antecedente all'insorgenza del dolore. Se le reazioni del malato non corrispondono al pre-giudizio dei curanti, queste possono suscitare negli stessi elogi ammirati o critiche più o meno velate.

È evidentemente un metodo di valutazione scorretto che non tiene conto del fatto che la prima regola con cui si devono affrontare fenomeni soggettivi di questo tipo è quella di prestare fede a quanto afferma il paziente. Studi recenti hanno dimostrato che malattie equivalenti sul piano anatomico-clinico avevano determinato quadri sintomatologici anche molto diversi.

Neppure il modo con cui questa viene espressa dà indicazioni utili sul grado della sofferenza. Le manifestazioni esteriori possono variare, infatti, in relazione alle diverse caratteristiche del malato, al suo grado di estroversione, all'appartenenza ad un determinato gruppo etnico, alle particolari esperienze vissute.

In qualche caso, il paziente evita del tutto di comunicare i propri disturbi per paura di "distogliere" il medico dai compiti ben più importanti rivolti alla "cura" della malattia. Altre volte sono i medici ad astenersi da qualsiasi intervento diretto sul dolore. Si tratta spesso di situazioni di attesa di un intervento da parte dello specialista (chirurgo, oncologo, radioterapista, etc.) o di dubbio sull'effettiva necessità di un trattamento antalgico o, a volte, di situazioni in cui il sintomo, espressione di un tumore ancora passibile di trattamento, viene utilizzato come parametro per la valutazione dell'efficacia delle terapie. È sempre consigliabile, invece, combattere il dolore precocemente e rilevarne le modificazioni con l'uso di adatte "scale" che spesso consentono di discriminare anche le diverse componenti (sensitiva ed affettiva) della sofferenza.

È ormai assodata l'importanza della dimensione psicologica nella genesi del dolore. Le ricerche più avanzate dimostrano che in talune circostanze aspetti cognitivi, comportamentali ed affettivi sono in grado di influenzare questa esperienza ancor più intensamente degli stessi fattori percettivo-sensoriali. Il grado della sofferenza non dipende quindi solo dall'intensità dello stimolo algogeno ma anche dal significato che il paziente gli attribuisce, dal contesto, in fondo, nel quale il

sintomo si manifesta e dal coinvolgimento emotivo che è in grado di provocare.

La giusta considerazione di questa componente aiuta dunque a cogliere problematiche inesprese e ad individuare i trattamenti più idonei.

Rilassamento muscolare progressivo, *biofeedback*, musicoterapia riescono a correggere gli atteggiamenti che spesso aggravano la sofferenza: contratture riflesse, ansie anticipatorie, comportamenti controproducenti, etc. Tali interventi sono in grado di indurre inoltre un miglioramento psicofisico più generale: il malato impara ad accogliere con maggior fiducia le sensazioni che provengono dal proprio corpo e ad attenuare i sentimenti di astio e paura nei riguardi di quello che spesso è considerato la causa di tutti i guai.

La forte motivazione propria dei malati neoplastici consente l'applicazione di metodiche anche più complesse (desensibilizzazione sistemica, visualizzazioni guidate, ipnosi) che spesso inducono cambiamenti positivi sull'intera persona. Il soggetto avverte che i miglioramenti derivano dal potenziamento delle proprie risorse e dall'acquisizione di nuove capacità di controllo personale. Il recupero della stima di sé, la consapevolezza di partecipare attivamente alla lotta contro la propria malattia possono dunque spezzare il circolo vizioso "disperazione-dolore", che altrimenti tende ad invadere ogni aspetto dell'esistenza del malato neoplastico.

Il termine "dolore totale" introdotto da Cecily Saunders, che con Elisabeth Kübler Ross è considerata la fondatrice del movimento culturale che ha riscoperto le Cure Palliative (*Hospice Movement*), rende bene il coinvolgimento di ogni aspetto della persona ammalata (fisico, psicologico, socio-familiare e spirituale) e lascia intendere come la sofferenza possa diffondersi fino a coinvolgere i familiari e l'intera équipe curante. Sono le situazioni in cui il dolore non ha più niente di utile, ma diventa invece esso stesso malattia da combattere con tutte le armi, anche con le modalità cognitivo-comportamentali citate in precedenza.

TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

L'approccio cognitivo-comportamentale nella gestione del dolore si fonda sulle relazioni esistenti tra dolore, sofferenza, stress e capacità di affrontarli. La "filosofia" è che *dolore* e *sofferenza* non siano sinonimi. La sofferenza è uno stato della mente, un'esperienza della coscienza, un groviglio di emozioni, determinata da molteplici influenze; il dolore rappresenta solo una di queste influenze e la sua presenza non necessariamente è in grado di produrre sofferenza. La sofferenza, in sostanza, è sperimentata quando esista la percezione di una minaccia imminente per la vita o l'integrità di una persona.⁴ Lo stress come è definito da Lazarus⁵ si produce quando in una certa situazione venga percepita la sproporzione tra la quantità delle richieste e l'inadeguatezza delle risorse disponibili.⁶ L'intervento terapeutico è rivolto a fornire un supporto emotivo focalizzando le differenze sopra accennate e insegnando tecniche utili a potenziare il senso di autocontrollo ed autonomia del malato.

Gli interventi consistono solitamente in una terapia individuale, anche se è riportata l'utilità di terapie di gruppo. Classicamente si tratta di sedute di circa cinquanta minuti di interrelazione con il paziente secondo una modalità strutturata, direttiva e collaborativa. L'obiettivo è quello di ottenere che il paziente diventi progressivamente autonomo nell'attuazione della metodica.

Particolare impegno va dedicato alla valutazione del sintomo, normalmente infatti questa fase costituisce di per sé un momento terapeutico.

“Sentire” che il medico è sinceramente interessato alla soluzione del suo problema, fa sì che il malato avverta la crescita delle risorse che può mettere in campo contro il “nemico che incombe” ma che, da quel momento è già ridimensionato dalla presenza di un nuovo “alleato”.

L’efficacia dell’approccio cognitivo-comportamentale non deve però indurre alla errata convinzione che il dolore sia “psicogeno” e quindi non “reale”, ma deve sottolineare la necessità di predisporre una strategia terapeutica multidisciplinare nell’ambito della quale i provvedimenti farmacologici, anestesiológicos, neurolesivi, psicologici, riabilitativi etc., si integrino reciprocamente in una visione assistenziale attenta ai bisogni della persona, che in queste situazioni è afflitta da un vero e proprio “dolore totale”. La rabbia, l’ansia, la depressione (legate al fallimento terapeutico, alla paura del futuro, ai problemi finanziari, alla perdita di ruolo sociale e familiare, al progressivo decadimento) possono infatti peggiorare la sintomatologia determinata dal cancro.⁷

LA MODULAZIONE DEL DOLORE

Esistono molte condizioni che possono influenzare il livello della sofferenza anche in situazioni molto comuni. Di seguito ne esaminiamo alcune.

Attenzione

Accade qualche sera che, nell’andare a letto, ci si accorga di una ecchimosi in un arto o in altra zona del corpo. Toccandola si sente ancora il fastidio della contusione che l’ha prodotta, una lesione non indifferente, se è riuscita a determinare tanto stravasamento. Eppure, spesso non si ricorda quando e dove ci si è procurati il trauma. È verosimile che in quel momento si fosse concentrati su qualcosa di molto importante e che l’attenzione fosse stata distratta dall’evento lesivo. Possiamo dire che è capitato a tutti, fatte le debite proporzioni, quello che è accaduto al soldato statunitense descritto dal film, durante lo sbarco in Normandia.

Contesto e significato

Ognuno può ricordare quanto male gli abbia fatto uno scappellotto, anche molto leggero, talora anche solo minacciato, se era una manifestazione di disapprovazione da parte di persone importanti e quanto di più lo abbia “ferito” l’azione stessa, se si trattava di una ingiustizia. Ognuno ricorda come lo abbia invece riempito di soddisfazione un pugno, anche molto forte, ricevuto da un amico per dimostrare (magari esagerando) la sua simpatia o la sua stima.

Il significato ed il contesto sono gli elementi che aggravano la sofferenza del malato neoplastico. In queste situazioni c’è, in molti pazienti, la convinzione che si tratti di una punizione divina. Il termine *pain*, dolore in inglese, deriva dal latino *poena* che nell’italiano pena ha il doppio significato di sofferenza, ma anche di *condanna*, fino a quella estrema, la pena di morte. Il senso di colpa o l’evidenza di una palese ingiustizia subita possono far crollare le convinzioni di fede di una vita e rendere ancora più disarmato il malato, che si sente solo ed abbandonato a fronteggiare una minaccia che non tarderà a schiacciarlo miseramente. Sono le situazioni di disperazione proprie della depressione, di quella sofferenza descritta da Aldo Carotenuto come “prigione dell’anima”, che possono spingere il malato al

suicidio o alla richiesta di eutanasia.⁸

Al contrario, esistono situazioni nelle quali sembra impossibile che la persona possa tollerare dolori così intensi. Nelle varie civiltà e culture sono presenti riti di iniziazione più o meno crudeli. La motivazione a dimostrare di essere ormai maturi, fa sì che gli adolescenti riescano a sopportare sofferenze inimmaginabili pur di essere accolti nella comunità degli adulti. Anche nelle civiltà occidentali esistono questi riti che valutano il grado di sopportazione dei neo adepti. Si pensi alla funzione della goliardia ed alle angherie cui venivano sottoposte “matricole” e “fagioli” che poi sarebbero diventati a loro volta “anziani” con “diritto di vita e di morte” sugli studenti universitari dei primi due anni (“*memento te matriculam esse usque ad pasquam secundam*”). Si pensi alle prove di resistenza e di sprezzo del pericolo, talora conclusesi in tragedia, del cosiddetto “nonnismo” durante il servizio militare. Un percorso maturativo che, in un anno o poco più, conduceva il giovane soldato da “boccia” a “vecio”, con tutti i vantaggi legati al riconoscimento da parte di tutti delle proprie capacità di sopportazione.

A riprova dell'importanza del contesto, è stato dimostrato che la soglia di sopportazione in molte di queste persone, al di fuori della motivazione presente durante il servizio militare, tende a tornare nel corso degli anni a livelli tutt'altro che eroici.

Memoria ed aspettativa

Queste due condizioni hanno a che fare con il passato e con il futuro dell'esperienza del dolore.

Viene riportato che le doglie del parto siano i dolori più intensi che una persona possa provare. Ci si può chiedere come non si sia ancora arrestata la catena ininterrotta di generazioni, visto che il ricordo del primo parto dovrebbe indurre la donna ad evitare ulteriori esperienze. Al di là di un contesto di festosa accoglienza dell'erede sembra che l'ossitocina, l'ormone responsabile delle contratture uterine, abbia anche la funzione di far dimenticare alla mamma il dolore sofferto. Nella cultura veneta il dolore da parto viene infatti definito come “*el mal desmentegon*”.

Milton Erickson, uno dei più originali ipnoterapeuti statunitensi del secolo appena trascorso, afferma che il dolore avvertito sarebbe rappresentato solo per un terzo dalla situazione in atto, per un terzo dal ricordo delle esperienze passate e per un terzo dal dolore che ci si aspetta, anticipandolo pieni di angoscia. Si tratterebbe, per quest'ultimo terzo, di un effetto “*nocebo*”, esattamente il contrario di quello che conosciamo con il nome di effetto “*placebo*”, fenomeni che sembrano aver proprio a che fare con le aspettative di ognuno.

Proprio all'effetto placebo Patrick Wall ha dedicato nel 1992 un editoriale su *Pain*, la più prestigiosa rivista degli studi sul dolore e organo ufficiale della Società Internazionale degli Studi sul Dolore. Già dal titolo dell'editoriale “*The Placebo effect: an unpopular topic*” si segnala che l'argomento costringe a prendere atto di fenomeni che sembrano contraddire le ferree leggi della ragione, inoculando qualche dubbio anche nei più convinti sostenitori della rigorosità logica della scienza.⁹

L'EFFETTO PLACEBO

Approfondire questo tema serve a correggere convinzioni distorte, spesso ancora presenti nei medici, infermieri ed altre figure che operano nel campo della salute e

serve a stimolare lo studio di un fenomeno che rappresenta senza dubbio un'opportunità, ma che è stato per lo più considerato, invece, un'anomalia da eliminare.

Sono significativi, al proposito, alcuni brani tratti dal libro *"Pain. The science of suffering"* scritto da Patrick Wall nel 1999, nella traduzione di Roberto Marini edita da Einaudi con il titolo *"Perché proviamo dolore"*:¹⁰

Se avete una valida ragione per aspettarvi che un dolore scompaia, può scomparire. Questo si chiama effetto placebo. Questo argomento è il nucleo della comprensione del dolore, eppure è talmente incredibile che è stato a lungo impopolare, ed è stato studiato accuratamente solo di recente. [...]

La parola "placebo" fu usata nel 1340 da Chaucer, che si riferiva ad un salmo che inizia con *"Placebo Domino in regione vivorum"* (compiacerò il Signore nel regno dei vivi). [...] Alla fine del XVII secolo il termine era stato adottato dai medici per indicare farmaci inefficaci che però impressionavano enormemente i pazienti. [...]

La legge richiede di dimostrare che un nuovo farmaco sia più efficace di un placebo. Questo fa perdurare la separazione tra reale ed immaginario. L'effetto placebo è stato considerato dalle aziende farmaceutiche come un errore privo di significato da rimuovere e da scartare, mentre l'attenzione è stata monopolizzata dalla reale azione della terapia, che non dipenderebbe da quello che ne pensa il paziente. Alcune terapie, come la chirurgia, erano considerate tanto efficaci ed importanti che era non solo immorale, ma anche ridicolo sottoporle a test per individuare un effetto placebo nella spiegazione del loro successo.

L'autore analizza il problema riportando, tra le altre, due situazioni in cui è stato possibile evidenziare il fenomeno anche in modo oggettivo, misurando il volume della tumefazione dovuta ad un'estrazione dentaria ed il miglioramento dell'elettrocardiogramma anche per sei mesi dopo intervento chirurgico, vero o simulato, per migliorare la perfusione cardiaca in pazienti sofferenti di angina.

Tornando al citato testo di Patrick Wall:

Il dolore ci appare come la sensazione provocata da una lesione. Un medico fidato ed autorevole ci prescrive l'ultimissimo analgesico ed il dolore scompare; più tardi scopriamo di aver fatto da cavia in un test e che in realtà c'era stata data una pillola inerte. Ci sentiamo imbrogliati, imbarazzati, turbati. Io stesso ho risposto positivamente a test placebo e ho sempre provato un senso di mortificazione e vergogna. La pillola può non aver avuto effetto sulla realtà della lesione, eppure la nostra sensazione è cambiata. Date queste ragioni, non c'è da meravigliarsi che il placebo sia impopolare. Alcuni medici pensano che chiunque risponda ad un placebo non abbia un "vero" dolore: si sbagliano. Altri medici credono che il placebo equivalga a nessuna cura: si sbagliano anch'essi. Certuni pensano che solo le persone impressionabili, mentalmente deboli e con dolori lievi rispondano, e sbagliano, perché anche i medici rispondono al placebo! L'effetto placebo è un effetto potente e diffuso. [...]

Tornando al dolore, non vi sorprenderà che ci siano stati tentativi di banalizzare l'impopolare effetto placebo. Alcuni medici credono che possa agire solo su dolori lievi, ma i fatti dimostrano che il placebo riduce anche un dolore molto intenso, il che non meraviglia dato che chi soffre atrocemente si aggrappa a tutto. Alcuni credono che risponda solo un dolore "immaginario", ma in realtà possono rispondere anche i dolori provocati dal cancro e quelli post-operatori che, per definizione, sono tutto tranne che immaginari. Ci sono persone ossessionate dalla razionalità che ritengono il placebo equivalente a non far nulla, ma, come abbiamo appena visto, non far nulla per un paziente appena operato aumenta le sue sofferenze mentre il placebo può ridurle. Per finire, c'è la diffusa opinione che l'effetto placebo sia transitorio e svanisca se ripetuto. [...] Però abbiamo appena descritto una reazione prolungata di almeno sei mesi ad un finto intervento chirurgico. In un test recente in cui si suggeriva che l'azione sarebbe rimasta costante con la ripetizione degli esperimenti, l'effetto placebo è invece aumentato. [...] L'effetto placebo è la realizzazione di un'aspettativa. [...] Le aspettative dipendono dall'apprendimento delle previsioni culturali ed ancora di più dall'educazione e

dall'esperienza personale. [...] Perciò è evidente che la risposta placebo non fa parte dell'individuo, ma viene appresa. [...] L'esistenza di questo potente e diffuso fenomeno disturba profondamente ogni immagine classica del meccanismo del dolore, ma ha finalmente portato a studi seri.

L'osservazione che il naloxone (antagonista dei recettori della morfina) è in grado di eliminare l'effetto placebo¹¹ costituisce la prova che il fenomeno è mediato dal sistema antidolorifico endogeno, cioè dalle cosiddette endorfine.

Il professor Tiengo, che da molti anni dedica la propria ricerca scientifica al problema del dolore, in un recente articolo segnala i progressi ottenuti in questo campo dagli studiosi italiani:¹²

Recentemente Benedetti ha dimostrato come la proglumide, che potenzia l'analgesia da morfina, potenzia anche l'effetto placebo. Quindi due farmaci agiscono sull'effetto placebo: naloxone eliminandolo o riducendolo, e proglumide potenziandolo. La scoperta di Benedetti getta nuova luce sui meccanismi biologici che sottendono i rapporti fra suggestione ed analgesia e, in senso lato, essa accresce le conoscenze sui meccanismi attraverso i quali eventi mentali controllano il dolore, e come su di essi sia possibile intervenire anche farmacologicamente.

È chiaro che questa scoperta, a mio avviso forse la più importante sul placebo di questi ultimi dieci anni, potrà avere inaspettate conseguenze terapeutiche anche in altri campi della medicina. Infatti approfondire la comprensione del meccanismo d'azione del placebo significa progredire nella conoscenza di come eventi mentali (attenzione, distrazione, suggestione, etc.) possano influenzare la soglia algica e quindi alterare la sensibilità al dolore.

Al paziente neoplastico con dolore andranno comunque prescritti farmaci dotati di incontrovertibile efficacia intrinseca. Quanto più i medici ne conosceranno l'efficacia tanto più i malati ne otterranno miglioramenti, risentendo anche della convinzione dei curanti sul potere antidolorifico delle medicine da loro prescritte.

L'IPNOSI

Molto efficaci in certi tipi di dolore è un particolare stato di induzione suggestiva, l'ipnosi".¹³ L'ipnosi terapeutica è un "*processo di apprendimento a sviluppare molteplici fenomeni, neuropsicologici e neurofisiologici, tra loro intimamente correlati, ed è a un tempo uno stato fisiologico e una relazione interpersonale*". La definizione sintetica ed esauriente è di Carlo Piazza, psichiatra e psicoterapeuta dell'Istituto Italiano di Studi di Ipnosi clinica e Psicoterapia "H. Bernheim" di Verona. Egli ha curato la redazione di questo argomento per il libro "Le medicine complementari".¹⁴ All'Istituto Bernheim si rimandano quanti siano ulteriormente interessati ad approfondire indicazioni e modalità per indurre lo stato ipnotico.

L'ipnosi è termine che suscita ancora resistenze e reazioni di incredulità e/o di sospetto. Ciò è verosimilmente legato alla convinzione che chi la pratica debba essere dotato di poteri fuori dall'ordinario e che comunque tale fenomeno abbia a che fare con la ciarlataneria, se non con l'imbroglio.

Anche se si è ancora lontani dall'aver compreso le basi neurofisiologiche dell'ipnosi, gli studi hanno dimostrato che i benefici sul dolore non sono aboliti dal naloxone. Non si tratta quindi di un effetto puramente e direttamente anti-dolorifico. Perciò bisogna ipotizzare che intervengano meccanismi in grado di interferire con l'attenzione, il ricordo, l'aspettativa, il significato dell'evento e interazioni con le strutture che regolano il tono affettivo e le emozioni. Queste ultime, come ricordato, sono una componente sostanziale della sensazione dolorosa.

Le emozioni, peraltro, sono in grado di attivare risposte vegetative di allarme e di determinare contratture involontarie della muscolatura striata. Il paziente avverte allora sensazioni sempre più sgradevoli ed inquietanti che amplificano il circolo vizioso ansia-dolore, raggiungendo livelli insopportabili di sofferenza. È verosimile che i benefici che si ottengono con l'ipnosi nella terapia del dolore siano determinati dalle capacità che il paziente mette in atto, sempre più autonomamente, di smorzare la tempesta delle reazioni da stress che altrimenti innescano ed amplificano le emozioni più violente.

Quanto appena riportato contiene un dato di ambivalenza, se non di contraddittorietà; inizialmente infatti si afferma che sarebbero le emozioni a innescare la cascata di riflessi neurovegetativi, in ultimo, invece, si dichiara che sarebbero le manifestazioni neurovegetative a scatenare l'esplosione delle emozioni.

In attesa di risposte scientificamente univoche, questa problematica dà l'opportunità di introdurre un'altra interessante riflessione sulla cosiddetta teoria delle emozioni.

Emozioni: una teoria interpretativa

Poiché le emozioni sono parte integrante dell'esperienza dolorosa, una teoria psico-fisiologica del dolore deve comprendere lo studio delle emozioni. A tale scopo può essere interessante considerare alcune proposte interpretative.

Comunemente siamo soliti dire “sono triste, quindi piango”, “ho paura, quindi tremo”. La cosiddetta teoria di James-Lange afferma, invece, che ad un certo evento l'organismo reagisce con risposte autonome. Le sensazioni indotte da tali riflessi neurovegetativi evocherebbero, nei diversi contesti, emozioni diverse. Per questi Autori sarebbe dunque più corretto dire: “piango, quindi sono triste”, “tremo, quindi ho paura”.¹⁵

Vi è ora un generale accordo nel ritenere che gli stati emotivi siano aspetti complessi dell'esperienza, determinata in larga misura da convinzioni, fantasie, ricordi, aspettative e timori che riguardano il passato, il presente ed il futuro. La ricerca delle relazioni fra fattori cognitivi e modelli di risposta fisiologica è stata approfondita in una serie di esperimenti da Schacter e Singer.¹⁶ Con la somministrazione di uno stesso farmaco (es. epinefrina) essi hanno indotto, in soggetti volontari sani, stati emotivi diversi, modificando unicamente il contesto ambientale nel quale veniva condotto l'esperimento. I risultati sembrano evidenziare che, perché possa venire percepita una certa emozione, è indispensabile la coesistenza di una sensazione neurovegetativa (batticuore, bocca secca, sudorazione, nausea, tremore etc.) e di un significato che la persona le attribuirebbe in base al contesto nel quale si ritrova.

Viene riferito, infatti, che, quando i soggetti volontari venivano informati che dopo la somministrazione del farmaco avrebbero potuto avvertire tremori o palpitazioni, essi dichiaravano successivamente di non aver avvertito la comparsa di particolari stati emotivi. Si manifestavano, invece, espressioni di euforia, di rabbia, di tristezza e di paura etc., se i volontari non venivano preventivamente avvisati degli effetti del farmaco loro somministrato.¹⁷

Strategie ipnoterapiche

Lo stato ipnotico si può sviluppare se paziente e terapeuta collaborano, nel

contesto di una efficace relazione interpersonale, alla soluzione di un problema.¹⁸ In tale ambito, il termine *suggestionabilità* acquista allora il vero significato di disponibilità a seguire il terapeuta nella scoperta delle proprie risorse e nell'acquisizione di nuove capacità.

I pazienti neoplastici, in particolare, dimostrano un alto grado di collaborazione quando sia presente il dolore; la motivazione a combatterlo nel modo più idoneo li induce, probabilmente, ad accogliere nel modo migliore la nuova offerta terapeutica.¹⁹

L'ipnosi, utilizzata come strumento per ottenere il rilassamento, ha un'azione paragonabile ad altre metodiche, riduce cioè l'ansia e la sintomatologia vegetativa, ma funziona solo parzialmente sui dolori intensi.²⁰ Più efficace appare quando essa viene associata a suggestioni volte a modulare il sintomo.

Il paziente allenato a selezionare alcune caratteristiche sensoriali specifiche (calore, pesantezza, tensione, rilassamento, etc.), può, infatti, scomporre la sensazione dolorosa in percezioni meno spiacevoli o sostituirla con situazioni più tollerabili (trasformazione). Altre volte può essere utile evocare formicolio o parestesie in una mano e "trasferirle" successivamente alla sede che duole.

Tecniche di distorsione temporale possono aiutare a "dimenticare" un dolore acuto o a recuperare situazioni di completo benessere. Ai pazienti particolarmente recettivi si può proporre addirittura di spegnere un interruttore cerebrale per interrompere il circuito di trasmissione degli impulsi dolorosi (trasformazione simbolica) seguendo modalità usate da Milton Erickson.²¹

Non è più il tempo di dover dimostrare l'efficacia dell'ipnosi nella terapia del dolore. Si riportano, al proposito, gli estremi di un articolo del *Journal of American Medical Association* del 1996 le cui conclusioni recitano:²²

Oggi esistono molti interventi ben definiti di tipo comportamentale e di rilassamento, efficaci nel trattamento del dolore cronico e dell'insonnia. Il gruppo di esperti ha trovato una forte evidenza in favore dell'uso di tecniche di rilassamento per ridurre il dolore cronico in un'ampia serie di malattie, come anche una forte evidenza in favore dell'uso dell'ipnosi nell'alleviare il dolore associato al cancro....

L'esperienza dimostra che pazienti motivati traggono beneficio da tali modalità terapeutiche fino alle fasi terminali di malattia.²³

L'ipnosi è talora associata utilmente alla musicoterapia. Per quest'ultima si rimanda a quanto già riportato in altra sede.²⁴ Altri contributi sullo stesso tema sono stati presentati ai recenti convegni nazionali di Cure Palliative²⁵ ed al X Convegno Internazionale di Musicoterapia per l'Handicap, organizzato in giugno 2003 dal Prof. Larocca. Un progetto pilota è attuato presso l'Hospice di Colonia Veneta²⁶ (sostenuto da Università degli studi di Verona, Conservatorio "Dall'Abaco" di Verona, ULSS 20, Fondazione Cariverona) e vede la collaborazione di medici, infermieri, operatori di assistenza, psicologi, musicisti, musicoterapeuti.

¹ Alcune parti di questo lavoro sono tratte da precedenti pubblicazioni dell'Autore: A. PERINI, *Il dolore neoplastico: un problema non ancora risolto*, in «Verona Medica», 3, (1989), pp. 25-26; A. PERINI, *Cure Palliative: non solo farmaci*, In: *Psicooncologia - Lo sviluppo dei trattamenti verso un approccio integrato*, a cura di A. Grossi e E. Toniolo, Padova, Edizioni Sapere, 2003.

² A. PERINI, *Cure Palliative: non solo farmaci*, cit.

³ H. L. FIELDS, *Il dolore: meccanismi di insorgenza e trattamento terapeutico.*, (Ed. Italiana a cura di M. Tiengo), Milano, McGraw - Hill, 1988, pp. 62-63.

-
- ⁴ E. J. CASSEL, *The nature of suffering and the goals of medicine*, in «N. Engl. J. Med.», 306 (1982), pp. 639-645; A. BECK, *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York, International Universities Press, 1967.
- ⁵ R.S. LAZARUS, C. FOLKMAN, *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer, 1984.
- ⁶ R. MELZACK, P.D. WALL, *The challenge of pain*, New York, Basic Books, 1982; A. BECK, *Cognitive approaches to stress*, In *Principles and practice of stress management*, a cura di R. Woolfolk, P. Lehrer, New York, Guilford press, 1984; M. WEISEMBERG, *Psychological intervention for the control of pain*, in «Behav. Res. Ther.», 5 (1987), pp. 301-312.
- ⁷ A. PERINI, *Il dolore neoplastico: un problema non ancora risolto*, cit.
- ⁸ A. CAROTENUTO, *La sofferenza come prigioniera dell'anima*, in «L'arco di Giano», 33 (2002), pp. 57-62.
- ⁹ P.D. WALL, *The placebo effect: an unpopular topic*, in «Pain», 51 (1992), pp. 1-3.
- ¹⁰ P. D. WALL, *Perché proviamo dolore*, Torino, Einaudi, 1999.
- ¹¹ F. BENEDETTI, The opposite effects of the opiate antagonist naloxone and colecystokinin antagonist proglumide on placebo analgesia, in «Pain», 64, 1996, pp. 535-543.
- ¹² M. TIENGO, *Il dolore e il suo controllo*, in «L'arco di Giano», 33, 2002, 37-56.
- ¹³ P. MARICONTI, *Ipnosi e dolore*, In *Fisiopatologia e Terapia del dolore* a cura di M. Tiengo, C. Benedetti, Milano, Masson, 1996, pp. 199 – 201.
- ¹⁴ C. PIAZZA, *Training autogeno, tecniche di rilassamento, ipnosi*. In *Le medicine complementari: definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, a cura di P. Bellavite, A. Conforti, A. Lechi, F. Menestrina, S. Pomari, Milano, UTET Periodici Scientifici, 2000, pp. 160-164.
- ¹⁵ W. JAMES, *The principles of psychology*, New York, Dover, 1950.
- ¹⁶ S. SCHACTER, J. SINGER, *Cognitive, social and physiological determinants of the emotional state*, in «Psychol Rev.», 36, 1962, pp. 379-399.
- ¹⁷ A. PERINI, *Il dolore neoplastico: un problema non ancora risolto*, cit.
- ¹⁸ J. HALEY, *An interactional explanation of hypnosis*, in «Am. J. of Clinical Hypnosis», 1 (1958), pp. 41-57; P. SACERDOTE, *Theory and practice of pain control in malignancy and other protracted and recurring painful illnesses*, in «Int. J. of Clin. and Exp. Hypnosis», 1 (1970), pp. 160-180; B. FINER, *Hypnotherapy in pain of advanced cancer*. In: *Advances in pain research therapy*, a cura di J. J. Bonica, V. Ventafridda, vol. 2, 1979, pp. 223-229.
- ¹⁹ H. SEEMANN, *Aktuelle trends bei der schmerzbeämpfung in der Onkologie*, In *Jahrbuch der Medizinischen Onkologie*, a cura di R. Verres, M. Hasembring, n° 3, Heidelberg, Springer, 1989, pp. 193 - 211.
- ²⁰ SPINK P. J., (1983) *Hypnosis in the relief of pain: a literature review*, in «Medical Hypnoanalysis», 4 (1), pp. 12-16.
- ²¹ M.H. ERICKSON, *The interpersonal hypnotic technique for symptom correction and pain control*, in «Am. J. of Clinical Hypnosis», 8 (1966), pp. 198-209; F. HOPPE, *Direkte und indirekte suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen. Empirische Untersuchung*. In *Hypnose und Hypnotherapie nach M. H. Erickson*, a cura B. Peter, München, Pfeiffer, 1985, pp. 58-75; E.R. HILGARD, J.R. HILGARD, *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos (Ca), W. Kaufmann, 1975; G. CAMPANELLA, M. ROMOLI, *Ipnosi e dolore oncologico*, in «Algos», 8 (1) (1991), pp. 38-48.
- ²² AA.VV., *NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioural and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia*, in «J.A.M.A.», 4 (1996), vol. 276.
- ²³ I.G. FINLAY, O.L. JONES, *Hypnotherapy in palliative care*, in «Journal of the Royal Society of Medicine», 89 (1996), pp. 493-495.
- ²⁴ A. PERINI, *Il dolore neoplastico: un problema non ancora risolto*, cit.
- ²⁵ P. CANEVA, R. GRION, S. REALE, G. PEDELINI, G. SCHIBUOLA, A. PERINI, *Musicoterapia e cure palliative: l'esperienza condotta presso l'Hospice S. Cristoforo di Cologna Veneta (Verona)*, In *Atti del X Congresso della Società Italiana di Cure Palliative*, Milano 5-8 Marzo 2003 (disponibile in CD-ROM).
- ²⁶ G. MAFFEZZOLI (a cura di), *Hospice S. Cristoforo, un laboratorio per la formazione e la qualità delle cure*, Verona, Ed. Libreria Cortina, 2000; A. PERINI, G. PEDELINI, G. MAFFEZZOLI, *Dolore totale e Hospice: l'esperienza veronese*, in «L'Arco di Giano», 30 (2001), pp. 177-187. Presso la stessa sede dell'Hospice è disponibile anche documentazione in videocassetta.

ASPETTI PSICODINAMICI DELLE RELAZIONI DI CURA

Marcello Santi

Sarebbe molto più agevole se potessimo prescindere dal paziente quando esploriamo i meandri della psicopatologia; sarebbe molto più semplice se potessimo limitarci a esaminare la chimica e la fisiologia del cervello, ed a trattare gli eventi mentali come se fossero mere variabili di impersonali formule statistiche.

Per quanto questi approcci siano importanti per la comprensione del comportamento umano, da soli non possono scoprire o spiegare tutti i fatti di rilievo. Per vedere nella mente di un altro, noi dobbiamo ripetutamente immergerci nel profluvio delle sue associazioni e dei suoi sentimenti; dobbiamo noi stessi essere lo strumento che lo scandaglia.

(John C. Nemiah¹)

La relazione di “cura e di aiuto”, espressa da una qualunque delle professioni sanitarie, è fondata su schemi intrapsichici e transattivi comuni, che sono particolarmente espressi nella relazione che si instaura nel corso di una psicoterapia. Pertanto, considerare le dinamiche che entrano in gioco nella relazione psicoterapeuta-paziente, maggiormente conosciuta ed analizzata rispetto a quella di altre discipline mediche, ha interesse per chiunque sia chiamato ad affrontare la sfida con il dolore e la sofferenza, che la malattia pone sia al paziente che allo stesso operatore sanitario. Quest’ultimo, nel “prendersi cura” della persona che a lui si affida, si “fa carico” in vario modo ed in varia misura dei problemi del paziente e ne viene coinvolto. Le dinamiche psicologiche della relazione, spesso inconsce, possono costituire importanti strumenti di cura, primari o complementari secondo il tipo di disciplina, ed aggiungere soddisfazione al lavoro dell’operatore sanitario. D’altra parte, è ben noto che le stesse dinamiche, se non gestite in modo consapevole e professionale, possono generare false aspettative o persino pretese reciproche, che finiscono col condizionare negativamente la cura e, più in generale, col giustificare una crescente spersonalizzazione del rapporto medico paziente e la sfiducia nel sistema sanitario.

L’ORIGINE DELLA SOFFERENZA PSICOPATOLOGICA

Seguendo la mirabile riflessione di G. Benedetti,² si può dire che, nella sua essenza, la sofferenza psicopatologica - ma anche la sua intrinseca condizione di fragile creatura - origina dalla “mancanza esistenziale” dell’uomo, di cui è, nello stesso tempo, l’espressione più radicale. Le dimensioni fondamentali di tale “mancanza” sarebbero, secondo l’autore, le seguenti:

– *la mancanza umana della sicurezza istintuale*, cui consegue, per l’individuo, la

- necessità di operare scelte, valutazioni e decisioni, da cui consegue l'esperienza dell'insicurezza;
- *la presenza del conflitto etico*, derivante dal fatto che le azioni umane possono essere, allo stesso tempo, buone e cattive e che se la *volontà di vivere* porta con sé una necessaria dose di violenza, questa causa ad altri sofferenza, suscitando il vissuto del *senso di colpa*;
 - *la necessità antropologica e l'incompletezza dell'incontro*: l'uomo diviene se stesso, fin dalle origini, nell'incontro, ma tale necessità aumenta enormemente i bisogni, le attese e pretese dell'individuo e le conseguenti delusioni di fronte ai limiti altrui e propri;
 - *l'ambivalenza sperimentata fin dall'infanzia* tra il totale bisogno di cure ed amore parentali ed il conseguente adeguamento alla tradizione familiare e l'aggressività scaturente dai limiti imposti dall'educazione e dall'insofferenza della dipendenza;
 - *le differenze naturali e sociali tra gli individui*, che esasperano il senso della mancanza individuale e suscitano senso di inferiorità, invidia, rabbia e depressione;
 - *la mancanza del genere umano e la crisi della civiltà*, dove la mancanza diventa planetaria con lo sviluppo di psicopatologie collettive.

Oltre che la dimensione della "mancanza", l'autore individua nell'uomo e nell'umanità un'angoscia archetipica, riflessa dal fatto che in tutti i miti e le religioni vi è la rappresentazione di una *catastrofe* occorsa agli albori dell'umanità.

Questa catastrofe è spesso rappresentata come una ribellione dell'uomo contro Dio, che sarebbe, allo stesso tempo, premessa necessaria della vita umana ed elemento tragico del suo divenire.

Di fronte a queste considerazioni, possiamo domandarci se alla base della "mancanza esistenziale" vi sia questo archetipo più profondo o pensare, secondo l'interpretazione psicoanalitica, che il mito possa riflettere lo stato originario dell'uomo nella sua infanzia. Il bambino, secondo questa, diviene se stesso non solo per l'amore ed il sorriso della madre, da cui apprende, col nome, la propria identità, ma anche per il suo "No", transitorio ma necessario, alla sua prima individuazione e che segna la rottura dell'unione simbiotica perinatale. La questione è complessa ed è arbitrario decidere se il mito è la proiezione dell'infanzia o se questa è la ripetizione dell'origine mitica.

La sofferenza psichica è, quindi, propria dell'uomo e radicata come possibilità nella struttura stessa dell'esistenza. L'angoscia e la colpa, che la rappresentano, sono i due poli dell'esistenza che non immergono più il singolo nella comune esperienza ma, a causa della loro intensità, lo escludono da ogni vera comunità. Nel suo mondo interiore il malato psichico è solo; solamente in parte, possiamo immaginare ciò che egli sperimenta.

La soluzione a questo problema non può che essere soggettiva ed ha a che fare con il fatto che l'uomo ritrova la propria origine ed il proprio significato nell'unità di tutte le cose: unità fra soggetto ed oggetto, fra materia e spirito, tra coscienza di sé e coscienza dell'universo, tra solitudine dell'io e l'Amore dell'abbraccio infinito.

Da ciò appare che la modalità adatta all'affronto della sofferenza psicopatologica è la *relazione (o incontro) psicoterapeutica* in cui i fenomeni proiettivi del transfert e del controtransfert ed il particolare contesto servono alla costruzione dell'"incontro esistenziale", ove si ritrova se stesso nell'altro e si trasforma l'altro in se stesso e

dove si prefigura così l'unità della vita umana.

In tale incontro nascono delle verità, che non sono solo soltanto del terapeuta o del paziente ma della "dualità" terapeuta-paziente e che, non solo rispondono all'angoscia ma agiscono creativamente nell'aggiungere un "significato" più vasto che prima non si vedeva. In questo senso la mancanza psicopatologica verrebbe sublimata dalla trascendenza psicoterapeutica.

Se questo avvenimento è il senso e lo scopo più profondo della psicoterapia (nella accezione psicoanalitica), esso può essere presente, in frammento, nella relazione medico-paziente nella misura in cui questa, liberandosi progressivamente dell'effetto barriera degli "oggetti intermediari" (tra cui si potrebbe talvolta inserire anche la stessa teoria scientifica), prende coscienza del suo carattere di incontro di personalità dando maggiore efficacia ai mezzi bio-fisico-chimici utilizzati e divenendo, essa stessa, strumento terapeutico.

La descrizione analitica delle differenti relazioni medico-paziente ha lo scopo di evidenziare quanto, coscientemente o no, esse si allontanano dalla relazione terapeutica.

I FATTORI IN GIOCO NELLA RELAZIONE

La psicoterapia è uno dei metodi di trattamento di cui può disporre la medicina, nei confronti dei quali manifesta una differenza fondamentale. Quando il medico utilizza un metodo di trattamento fisico, chimico o biologico, interpone tra la sua personalità e quella del malato un oggetto, uno strumento esistente nella realtà "oggettiva". Il metodo psicoterapeutico, al contrario, non prevede un oggetto intermediario ma si fa direttamente fra due persone³.

Il paziente in generale ricorre alla psicoterapia come terapia complementare di malattie a componente psicosomatica o per patologie psichiatriche (eventualmente associata ad altri interventi terapeutici secondo la gravità ed il tipo di quadro clinico).

In ogni caso, per definizione questo approccio prende in considerazione direttamente la sofferenza espressa dal paziente a livello del pensiero e delle emozioni, più che la patologia organica o il dolore fisico (senza escludere, ovviamente, che quest'ultimo abbia come origine una forma di somatizzazione). La relazione che si instaura nel corso del trattamento psicoterapico, che qui è presa come paradigmatica delle componenti psicologiche di ogni relazione terapeutica, comprende vari aspetti soggettivi, un contesto ed alcune dinamiche, come il transfert ed il contro-transfert, fattori che condizionano la relazione e che per le ragioni sopra esposte è utile siano conosciuti e controllati.⁴

Il valore dell'esperienza soggettiva

Nell'ottica psicodinamica, il terapeuta si avvicina al paziente cercando di determinare *cosa è unico in lui*; in che modo un certo paziente sia diverso da altri, come risultato di una storia personale differente da ogni altra. I sintomi ed i comportamenti sono considerati solamente come il comune collettore finale di esperienze altamente personali e soggettive, che filtrano i fattori determinanti biologici ed ambientali della malattia.

Il terapeuta, inoltre, attribuisce un valore estremo al mondo interno del paziente, cioè alle fantasie, sogni, paure, speranze, impulsi, desideri, immagini di sé, percezioni degli altri e reazioni psicologiche ai sintomi.

Il setting

Il *setting* (o contesto) può essere definito come l'insieme di elementi che delimita le attività dell'uomo e dà loro un significato. Il medico, lo psicologo, l'infermiere, ecc. fanno parte, con altri della grande categoria dei curanti che è definita in rapporto al contesto sociale. In tutte le società i guaritori hanno occupato un posto particolare.

Il *diritto di curare*, che viene a loro riconosciuto, comporta un dispositivo e delle regole di comportamento. Il dispositivo comprende gli elementi concreti come il luogo, i mezzi a disposizione, il tempo; un insieme di regole precisa lo statuto del terapeuta e lo statuto del paziente. Ad esempio, esistono profonde differenze nelle dinamiche psicologiche tra il setting ambulatoriale (dove è il paziente che va "a casa del medico"), quello istituzionale (dove il paziente è "ospite"), quello in cui il medico "visita" il paziente a casa sua. Lo statuto del medico gli consente di procedere all'esame obiettivo, di chiedere al paziente di spogliarsi e di poter manipolare il suo corpo, di conoscere e gestire elementi delicati della sua privacy, cose che determinano una relazione di dipendenza e a-simmetria particolarmente marcata.

Il transfert

Il persistere nella vita adulta di schemi infantili di organizzazione mentale implica che il passato si ripete nel presente. Ogni relazione è una nuova aggiunta ai primi, definitivi, attaccamenti dell'infanzia. L'esempio più convincente di questo è il *transfert*, nel quale il paziente vive il medico come una figura significativa del proprio passato, attribuendo ad esso sentimenti associati a quella figura arcaica. Il paziente inconsciamente *rimette in atto* la relazione passata invece di ricordarla, sostituendola a quella attuale, che risulterà, quindi, inadeguata. Il *transfert*, come è stato dimostrato da Brenner⁵, è ubiquitario perché si sviluppa in ogni situazione nella quale *un'altra persona è importante* nella propria vita.

Il controtransfert

Un'acquisizione fondamentale dell'approccio psicodinamico è che il terapeuta è sostanzialmente più simile ai suoi pazienti che diverso da loro. Medico e paziente sono entrambi esseri umani, la relazione terapeutica non consiste in una contrapposizione tra un *guaritore onnipotente* ed un *malato passivo*.

Ciascuno esperisce inconsciamente l'altro come qualcuno del proprio passato ed anche il terapeuta potrebbe mettere in atto una vecchia relazione invece di ricordarla.

È per questo che anch'egli ha bisogno di una precedente "terapia personale" per tenere sotto controllo i potenti sentimenti positivi e negativi che possono emergere nei confronti del paziente.

L'empatia

L'empatia è la capacità di sintonizzarsi sul canale extraverbale di un'altra persona, praticamente la capacità di intuire "dove" stia emotivamente "l'altro" della relazione.

I messaggi non verbali sono più potenti nell'esplicitare il contenuto reale del messaggio. Dunque è la capacità di un essere umano di condividere i sentimenti di un'altra persona, di sperimentare, in effetti, questi sentimenti. "Mettersi nei panni dell'altro" e "vedere attraverso gli occhi dell'altro" è una possibile descrizione

operativa dell'empatia: è questa la dimensione più importante di qualunque processo d'aiuto. In assenza di un elevato livello di comprensione dell'altro non esiste nessuna base per dare aiuto.

M. Sapir⁶ afferma che ogni relazione umana si svolge tanto secondo il modello dell'incontro che secondo quello del legame. L'*incontro* è limitato nel tempo e crea una relazione puntuale; il *legame* implica una continuità temporale con un aggiustamento della distanza psicologica che esiste tra i protagonisti.

TIPI DI RELAZIONI MEDICO-PAZIENTE

A partire da queste coordinate, si possono descrivere le relazioni sulla base di alcune tipologie individuate da P. B. Schneider⁷ nella realtà medica, come spunto per comprendere gli aspetti psicodinamici che possono, ad un livello più profondo, influenzare le percezioni e le reazioni di colui che aiuta e di colui che viene aiutato e le modalità ed i tempi dei reciproci comportamenti.

Ogni relazione, da quella più tecnologica a quella psicoterapeutica, s'accompagna a un *rituale sociale* di cui bisogna cogliere il significato, poiché può essere modificato, particolarmente nella situazione psicoterapeutica. L'accoglienza, i saluti, le frasi stereotipate sulla salute o sul buon tempo, anche se sono ridotte a qualche parola appena, permettono agli interlocutori, all'occorrenza il medico ed il paziente, di dimostrare l'uno all'altro che sono d'accordo d'annodare una relazione amichevole o neutra. Il rituale sociale serve in particolare a calmare le tensioni aggressive che potrebbero esistere. Alla fine del colloquio, il rituale sociale legato alla separazione ha per funzione di mostrare che i partner non si sono distrutti e che si separano sani e salvi e in pace.

I differenti tipi di relazione che descriveremo si svolgono tra questi rituali che si trovano, quasi sempre uguali, nel corso di ogni relazione medico-paziente. Va premesso che le figure che vengono descritte descrivono degli atteggiamenti-limite che, come vedremo non si applicano "o questo o quello", ma possono essere presenti simultaneamente ed in diverse proporzioni nell'attività pratica degli operatori sanitari, in relazione ovviamente con il tipo di professione svolta. Né a tali tipi di relazione deve essere attribuito immediatamente un significato etico, nel senso che una sia migliore o peggiore di un'altra; lo scopo del presente lavoro è quello far crescere la consapevolezza dell'esistenza di queste dinamiche interpersonali.

La relazione "scientifica"

Il medico riproduce con il paziente la relazione che egli, durante gli studi, ha imparato a stabilire con gli oggetti di studio, cioè gli oggetti fisici, chimici e biologici, di cui deve conoscere il funzionamento e la natura, salvo a distruggerli per scoprire i segreti della loro struttura. Non si tratta dunque d'una vera relazione umana, ma d'una relazione verso un oggetto di studio, verso una "cosa".

Nel corso della fase diagnostica il medico interroga il corpo e gli organi del "suo" malato durante il periodo dell'esame fisico, e ne fa un oggetto di studio scientifico. Il ricorso a questo tipo di relazione è allora legittimo, ma non deve durare oltre il tempo indispensabile all'investigazione fisica.

Questo tipo di relazione può essere nocivo se investe la totalità dei rapporti col paziente, ponendo costui sempre nella condizione di un oggetto di studio scientifico, di un "caso". Si deve tuttavia constatare che certi medici utilizzano spesso questo

modello: finito il rituale dell'accoglienza, il malato diventa veramente un caso clinico, un oggetto a cui il medico non domanda che una sola cosa: obbedire passivamente e conformarsi alle esigenze del metodo diagnostico o terapeutico e, in taluni casi, del protocollo di sperimentazione. La relazione "scientifica", che in realtà non è più una relazione ma semplicemente un atteggiamento del medico verso una cosa, caratterizza talvolta il clima scientifico d'una certa medicina di punta, in cui le situazioni umane sono occultate a vantaggio della ricerca scientifica.

Si deve riconoscere che non esiste l'equivalente della relazione scientifica nelle abituali relazioni extra-mediche.

La relazione del servizio di riparazione.

Il cittadino-cliente (il paziente) si rivolge a uno specialista, per esempio a un meccanico, a un falegname o a un medico per fare riparare un oggetto (rispettivamente un motore, una sedia, una parte del corpo). In medicina, se si considera unicamente l'organo malato, questo schema relazionale può anche applicarsi al medico generico in certe circostanze, ma si addice soprattutto alle specializzazioni. Il paziente affida una parte del suo corpo a uno specialista dopo avergli indicato ciò che dal suo punto di vista non va (i disturbi) e dopo che lo specialista si è informato, nel corso di un colloquio direttivo, circa altre particolarità dell'organo malato; a questo punto il medico lo tratterà come farebbe con un oggetto.

Talvolta egli farà lo stesso del corpo del paziente tutto intero. In questa prospettiva, per meglio osservare, egli ne farà delle "copie" (radiografie, analisi del sangue, biopsie e test psicologici). Altre volte tenterà di separare completamente il corpo, ossia l'oggetto, dal cliente rappresentato da tutta la personalità. Per esempio, lo addormenterà (il chirurgo per eseguire l'operazione o eventualmente lo psichiatra per la cura del sonno nel caso di uno psicotico). Nella relazione del servizio di riparazione, l'oggetto da riparare è protetto. Esso non deve essere distrutto, ma al contrario restituito nella sua apparenza e nel suo funzionamento.

Perciò, in questo tipo di relazione medico-paziente, la relazione non esiste più con il cliente (il paziente) ma unicamente con l'organo o con il "corpo". Si domanda pertanto al paziente o al cliente di essere sottomesso, d'accettare le competenze tecniche del riparatore e di non entrare in conflitto con lui. In queste condizioni, la riparazione si effettua nel modo migliore possibile e questa situazione "aconflittuale" è ritenuta da entrambe le parti come indispensabile. Si sa bene che questo tipo di relazione non funziona più con i vicini: questo spiega in parte perché il medico ha maggiori difficoltà nel curare i suoi parenti.

Nella relazione del servizio di riparazione esistono *sentimenti ed aspettative* da una parte e dall'altra. Il medico desidera molto che l'oggetto sia ben riparato e che il portatore di questo organo sia soddisfatto. Il paziente può ammirare molto il medico che lo cura in questa maniera. Se si tratta di una "celebrità medica", questo fattore gioca un ruolo molto importante e la relazione del servizio di riparazione *può diventare una relazione suggestiva*, che descriveremo in seguito. Tuttavia il legame che il malato ha stabilito con il "medico riparatore" rimane superficiale, ciò che spiega come e perché *i pazienti possano passare da un tecnico a un altro* senza grandi problemi e senza provare il "lutto" della separazione.

La relazione del servizio di manutenzione o la relazione “cronica”

Si tratta di un tipo di relazione di servizio sociologico che si è molto sviluppato in questi ultimi anni, e consiste nel domandare una prestazione, quasi sempre la stessa, concernente un oggetto che deve funzionare senza troppo deteriorarsi a condizione che si proceda a un “ingrassaggio”, a una ripulitura, a un controllo ed alla sostituzione di certi pezzi non essenziali. È una relazione somigliante a quella del servizio di riparazione, che implica però una minore sottomissione del paziente, un investimento più accentuato nel funzionamento dell'oggetto.

In medicina questo tipo di relazione esiste nei malati cronici, relativamente bene stabilizzati, che consultano regolarmente (ogni settimana, ogni mese o qualche volta l'anno) il loro medico per ricevere medicine che, secondo loro, ed eventualmente secondo il medico, mantengano questo stato di equilibrio, per fare degli esami di controllo e mettere a punto la posologia. I rapporti del paziente con il medico sono ridotti alla discussione ed alla elaborazione di questo materiale limitato.

I protagonisti mantengono una certa *distanza emotiva* tra loro, conseguenza e condizione di un disimpegno affettivo più o meno importante. A patto che questa relazione possa installarsi, l'utilizzazione di *oggetti intermediari* che diventano dei mediatori attraverso i quali la relazione passa e la comunicazione si fa, è spesso necessaria. Sono, per esempio, le *medicine* che vengono prescritte per anni senza che nessuno si ponga mai la domanda della loro utilità o della loro necessità. Questi soggetti, che non possono fare senza il medico, domandano semplicemente a costui di essere presente e di firmare questa presenza attraverso la prescrizione di una medicina. M. Balint⁸ (psicoanalista inglese che ha particolarmente studiato il rapporto medico-paziente) pensa che questi soggetti hanno vissuto delle fortissime frustrazioni nella loro esistenza, soprattutto da bambini, e che hanno una *grandissima paura di vivere di nuovo una separazione dal loro medico*. È per questo che mantengono un tipo di relazione “aconflittuale” e stereotipata.

Questo legame della relazione cronica non si stabilisce solamente con un medico in particolare, ma con una *istituzione* e quando questa relazione dura molto a lungo l'istituzione diventa la “persona” che protegge l'ammalato. Il medico può cambiare senza che ciò turbi la relazione, perché questi non è che il congegno anonimo dell'istituzione. Gli oggetti intermediari possono essere anche delle persone, in particolare i lavoratori *paramedici* ai quali il paziente ricorre, ma a distanza ugualmente, per non personalizzare troppo la relazione.

Soprattutto in campo psichiatrico, la relazione cronica diventa essenzialmente ripetitiva e monotona, cristallizzata, statica, si mantiene così grazie all'accordo, ossia alla complicità del medico e del paziente, allo scopo di superare le difficoltà del momento senza toccare i problemi psicopatologici e psicodinamici fondamentali. Questi, infatti, rappresentano una importante sorgente di ansietà sia per il medico che per il paziente.

È soprattutto per la grande distanza affettiva tra il medico ed il paziente che si caratterizza questa relazione. La sottomissione, indispensabile nei due primi tipi di relazione, non è più necessaria. Esiste anzi un certo grado di collaborazione, ma che deve operarsi a distanza. Se si evita il conflitto, è perché non si vuole avvicinarsi.

Degli accomodamenti vengono perciò trovati, il più delle volte inconsciamente: per esempio, uno spazio di tempo più lungo tra le consultazioni, l'interesse portato su modificazioni che riguardano l'oggetto intermediario (la medicina), il fatto di evitare ogni conflitto. Questa relazione può essere utile per la cura di certi pazienti cronici,

somatici o psichiatrici, e durante certi periodi della loro evoluzione.

La relazione del consulente

Ecco un tipo di relazione medico-paziente che è caratterizzata dalla brevità del contatto e dalla necessità che questa relazione si inserisca in un'altra relazione, quella del medico curante con il suo paziente. Due situazioni estreme possono presentarsi: nella prima, una volta sottinteso il rituale sociale di accoglienza e di partenza, la relazione prende l'aspetto d'una relazione "scientifica", per esempio d'un esame fisico specializzato, d'un esame di laboratorio.

Nell'altra situazione estrema, la relazione breve riproduce in realtà una relazione molto più lunga e permette l'installazione di un processo psicologico. Questo dovrebbe accadere se lo psichiatra agisce come consulente per valutare, per esempio, le possibilità psicoterapeutiche di un paziente nel corso di una sola seduta di esame.

Tuttavia è una relazione che in un tempo molto breve può riprodurre, secondo l'intensità affettiva dell'incontro, i differenti tipi di relazioni corte ed anche, in compendio, una relazione di più lunga durata.

La relazione dell'esperto o perito

Questa relazione è molto particolare, poiché è ben inteso che l'esperto non prende in cura colui su cui fa la perizia, ma tenta di valutare differenti fattori, tanto dal punto di vista somatico che psichico, per rispondere a delle questioni precise che gli sono sottoposte dalle autorità mediche, amministrative o giudiziarie, le quali utilizzeranno questi dati per trarne delle conseguenze che possono avere un'influenza sull'esistenza del soggetto in esame. In effetti, il desiderio dell'incontro con il medico esperto non è primario.

Sottomissione forzata, distanza tra i protagonisti, difficoltà d'identificazione del medico con il paziente, il più delle volte domanda d'aiuto inesistente da parte del malato: queste sono le condizioni psicologiche della relazione dell'esperto.

La relazione di sostegno

Il sostegno concerne unicamente il soggetto che desidera un aiuto psicologico particolare indipendentemente dalle azioni materiali che potrebbero essere messe in atto.

Se il medico si sostituisce in parte al paziente, non prende però interamente il suo posto e gli lascia una larga autonomia. Più ancora, egli tende ad aumentarla fortificandolo, perciò aumentando la sua resistenza e il suo valore, esercitando un'azione di assicurazione. Il paziente può riprendere confidenza in sé, apprezzare il suo valore ed arrivare a risolvere lui stesso alcune delle difficoltà che incontra e una parte dei conflitti che deve affrontare e per i quali non trovava soluzione. Il medico consolida certi meccanismi di difesa e ne ammorbidisce degli altri.

Il sostegno deve, per quanto possibile, arrivare ad una *autonomizzazione* più accentuata del paziente, riducendo la sua dipendenza sia dal medico che da altre persone importanti della sua esistenza attuale. Secondo questo concetto, la relazione di sostegno dovrebbe interrompersi al momento in cui il paziente è capace di effettuare lui stesso quella tale pratica o di risolvere le difficoltà che incontra, senza avere bisogno di appoggiarsi di nuovo al medico. Questo tipo di relazione terapeutica

può dunque essere molto breve, ripetuta, ma anche diventare certe volte permanente.

La relazione d'aiuto

La relazione d'aiuto è simile alla relazione di sostegno, ma ci pare utile tentare di differenziare questi due tipi. L'aiuto a una persona in difficoltà, sofferente, debole o in procinto di affrontare delle situazioni complicate, è un modo di azione molto diffuso al di fuori dell'ambito medico. Può essere un aiuto materiale o psicologico e determina una relazione tra aiutante e aiutato assai poco conosciuta.

Aiutare significa che *si uniscono i propri sforzi a quelli della persona che si vuole aiutare*. È importante rilevare che la domanda o la motivazione per stabilire una relazione d'aiuto parte spesso da colui che vuole aiutare e non da colui che ha bisogno di essere aiutato. In linguaggio psicologico, l'aiuto soddisfa all'inizio i bisogni narcisistici di colui che lo offre, benché si desideri che sia *utile all'aiutato*.

Se si tenta di descrivere le posizioni psicologiche rispettive dell'aiutante e dell'aiutato, si constata che questa relazione non è possibile se non quando l'aiutato ammette la propria debolezza, impotenza e incompetenza. Egli deve dichiararsi debole davanti a colui che l'aiuta, che occupa, così una posizione superiore di forza, e diventa riproduzione del modello dei genitori che hanno bisogno di aiutare il loro piccolo, e del bambino che ha bisogno in certi momenti di essere aiutato dai genitori.

Questa relazione dunque non può funzionare che a condizione *d'infantilizzare l'aiutato*.

La relazione d'aiuto consiste nell'agire, fare qualche cosa per l'aiutato, procurargli dei miglioramenti nella sua esistenza, cercare di dipanare attivamente i suoi garbugli psicologici, tutte azioni che si potrebbero considerare in una prospettiva psicoterapeutica come degli *"agiti"*, ma che *non lo sono* poiché la relazione si vive fuori del campo psicoterapeutico.

Per secoli la relazione di aiuto è stata importante in medicina, essendo stata quest'ultima considerata istituzionalmente come un'attività caritativa. Partendo dall'azione nell'ambito dell'opera di carità, si è giunti all'aiuto sociale e la relazione d'aiuto sociale fu il modello principale utilizzato nelle istituzioni sociali fino al momento in cui, riflettendo sulle loro attività, gli operatori sociali hanno elaborato dei modelli non più infantilizzanti le persone di cui avevano cura. Nella relazione di aiuto, il conflitto tra l'aiutante e l'aiutato non è possibile, perché metterebbe in questione la sottomissione infantile che l'aiutato deve accettare.

La relazione di aiuto rischia dunque di fissarsi in stereotipi che hanno la funzione di impedire l'emergenza dei conflitti. Il medico utilizza spesso, ma episodicamente, la relazione di aiuto.

Nello stesso tempo che cicatrizza alquanto la ferita narcisistica, questa situazione permette anche di attenuare i sentimenti di colpa che certi medici possono provare, secondo le esigenze di un'etica molto rigida, per non poter *"guarire"* il loro paziente.

Il pericolo di questo tipo di relazione è che la sottomissione infantilizzante dell'aiutato non ha altra via d'uscita se non quella di perpetuarsi. Accettando di agire al posto del suo malato, il medico impedisce a costui di evolvere e gli insegna al contrario a ricorrere costantemente agli stessi processi psicologici che non possono essere modificati, poiché questa relazione interdice, coscientemente o no, l'approccio con il conflitto interpersonale. Ora è attraverso il conflitto nella relazione che delle modificazioni di atteggiamento possono essere meglio ottenute.

La relazione pedagogica

La professione sanitaria ha una grossa valenza pedagogica (l'etimologia della stessa parola “*dottore* è dal latino *docere*, cioè insegnare). La funzione pedagogica ed educatrice dell'operatore sanitario - ma anche di tutto il “sistema” sanitario se ci si riferisce alla medicina preventiva - risalta meglio quando vi sono delle affezioni croniche ed il paziente è invitato a curare la propria salute, o a curarsi da sé, o quando deve riabilitarsi.

Si possono distinguere alcune caratteristiche della relazione pedagogica, di cui la prima è l'ineguaglianza tra colui che dà e colui che riceve l'insegnamento, per il fatto che il primo possiede la conoscenza o la tecnica da trasmettere a colui che ne è sprovvisto e che desidera acquistarla.

Non è dunque da meravigliarsi che l'educazione o la pedagogia si riferiscano sempre alla situazione bambini-genitori, allievi-maestri, e cioè, per l'adulto, a una situazione relazionale regressiva con un grado più o meno accentuato di dipendenza dell'allievo dall'insegnante, e ciò malgrado i tentativi, infruttuosi d'altronde, di portare su un piano di eguaglianza le posizioni.

Nei casi favorevoli la relazione pedagogica si attenua col tempo; l'allievo non ha più bisogno dell'insegnante e si dis-identifica da lui per rimetterlo al suo posto di adulto di fronte a un altro adulto.

La relazione suggestiva

Quando un medico suggerisce a un paziente che si lamenta di certi dolori che questi spariranno a condizione che prenda la medicina, peraltro farmacologicamente inattiva, e prescrive dunque un *placebo*, oppure quando un altro medico dice al suo paziente sofferente d'insonnia che può addormentarsi al momento preciso in cui deciderà, si crea una relazione ben particolare.

Questa relazione esige che colui che opera la suggestione diventi un personaggio onnipotente e che assuma quella onnipotenza che il paziente esige da lui. Dal canto suo, il paziente deve riconoscere la sua impotenza che cesserà dal momento in cui, attraverso la sottomissione all'essere onnipotente, parteciperà anche lui dell'onnipotenza.

Inutile dire che la suggestione esige l'abbandono delle difese abituali che la personalità edifica nei suoi rapporti con l'altro. In altre parole, secondo un linguaggio analitico, le funzioni autonome dell'Io sono ridotte e permettono alla suggestione di esercitare i suoi effetti.

L'attesa gioca un ruolo importante nella relazione suggestiva ed è reciproca: l'onnipotente terapeuta attende la sottomissione del soggetto completamente impotente che eseguirà ciò che egli gli ordinerà. Reciprocamente, il paziente, che si compiace della sua impotenza totale, attende che l'onnipotente terapeuta gli comandi di fare ciò che egli ha d'altro canto voglia di fare.

La relazione interpersonale soggettiva

Questa relazione appare come conseguenza di un accordo implicito o esplicito tra il medico ed il suo paziente. L'uomo comunica con qualsiasi persona ed in qualsiasi circostanza secondo una modalità insieme conscia ed inconscia permettendo il passaggio di tutto il materiale psicologico reale o immaginario. Certi atteggiamenti

favoriscono l'apparizione di questa relazione e nel campo medico noi possiamo citare l'atteggiamento d'ascolto del medico, insieme benevolo e neutro, che spinge il malato a parlare spontaneamente di ciò che gli viene e che gli passa per la testa.

La relazione interpersonale soggettiva può nascere e sparire nel corso di un solo incontro, anche se è il primo, e può sopravvenire nel corso di una relazione medica molto più lunga d'altro tipo. È quello che succede col medico generico, durante la sua consultazione, quando, come sostiene M. Balint⁹, un "lampo" (*flash*) sopraggiunge.

Il "lampo" è l'illuminazione che sopraggiunge a un dato momento tra il medico ed il paziente nel corso di una situazione conflittuale, di solito attuale ma inconscia, in relazione a dei disturbi presentati dal paziente, in qualche maniera al punto di congiunzione dei due inconsci.

Il lampo è caratterizzato, secondo Balint, dall'intensità del rapporto tra il medico ed il paziente, dalla libertà che il paziente ha di utilizzare il medico secondo il suo desiderio, la libertà che possiede il medico di fare le proprie osservazioni e di lasciarsi utilizzare dal paziente ma senza l'angoscia che il paziente abusi del suo tempo.

Infine il medico deve imporsi una disciplina per essere capace di osservare nel corso di un incontro di breve durata tanto il paziente che i propri pensieri e sentimenti. La relazione interpersonale soggettiva diventa psicoterapeutica dal momento in cui la condizione ed il ruolo del medico e del malato sono ben definiti.

Queste relazioni come si presentano nella realtà clinica?

Un'altra osservazione concerne gli obiettivi perseguiti mediante queste differenti relazioni medico-paziente. Se se ne tiene conto, si comprende perché un modello è molto più indicato che un altro in una certa circostanza.

È poco probabile che il medico o lo psicoterapeuta utilizzino questi tipi di relazione nella loro purezza ideale. Costoro faranno più probabilmente delle *associazioni e sovrapposizioni tra i diversi tipi di relazione*, in cui un tipo sia dominante e gli altri complementari. Tuttavia, ciò rende più difficile interpretare e controllare le dinamiche relazionali che si possono mettere in atto. Pertanto ci sembra che se si vogliono ottenere certi risultati terapeutici, è preferibile utilizzare una relazione nella forma più pura possibile.

Per la psicoterapia, questa è la relazione interpersonale soggettiva; per l'ipnosi o la distensione, la relazione suggestiva, e, come abbiamo dimostrato, la relazione del servizio di manutenzione e la relazione del servizio di riparazione hanno degli obiettivi ben definiti. Senza insistere su questo punto, possiamo tuttavia dire che alcuni di questi modelli appartengono allo specialista ed al tecnico (la relazione del servizio di riparazione ed eventualmente la relazione «scientifica») ed altre al medico generico, per esempio l'insieme delle relazioni con una predominanza per la relazione del servizio di riparazione, eventualmente del servizio di manutenzione e la relazione interpersonale soggettiva. Anche gli altri operatori sanitari partecipano di queste problematiche relazionali, in varia misura secondo la professione ed il contesto in cui si esercita.

È difficile nel corso delle relazioni terapeutiche sopprimere completamente gli ingredienti che costituiscono la relazione umana normale ed abituale. Ora l'ingrediente suggestivo è qualcosa d'universalmente diffuso in tutte le relazioni tra gli uomini e non può essere completamente assente dalla relazione psicoterapeutica,

anche se è presente allo stato non puro. Abbiamo pure dimostrato che la relazione del consulente s'avvicina molto alla relazione interpersonale soggettiva.

Resta il fatto che per il medico (e ancor più per l'équipe medica) l'insieme di queste relazioni costituisce *un tutto senza discontinuità* e, se egli sa bene maneggiarle e riconoscerle, può passare da un tipo di relazione a un altro senza troppe difficoltà.

È preferibile, quindi, *usarle successivamente nel tempo piuttosto che mescolarle* diminuendo la loro efficacia. La possibilità di collegare diversi modelli esiste certamente, ma sembra non essere efficace se non a condizione che uno dei modelli risalti chiaramente e qualifichi l'azione medica. La relazione psicoterapeutica è in realtà la lega della relazione *interpersonale soggettiva* con degli elementi della relazione *suggestiva* e di quella *pedagogica*.

Sappiamo che certi medici adottano uno stile relazionale stereotipato che non arrivano a modificare, e che non dispongono se non di un solo modello. Altri, invece, sono molto più flessibili e possono passare dall'uno all'altro. D'altra parte, il medico non può conoscere e maneggiare tutti i modelli di relazione medico-paziente e che deve limitare la sua scelta, altrimenti la sua attività rischia di essere frammentata alla pari della sua identità.

Infine, noi pensiamo che l'acquisizione di uno o più modelli implichi una modificazione abbastanza importante della personalità professionale del medico.

PROSPETTIVE PSICOLOGICHE DELLE RELAZIONI MEDICO-PAZIENTE

Quelle che abbiamo descritto sono *relazioni umane*, ricordiamolo, perché esiste una identità tra operatore sanitario e paziente che sono entrambi degli esseri umani. Tenendo conto degli obiettivi e dell'identità comune che esiste tra il terapeuta ed il malato in quanto esseri umani, si constata che le differenti relazioni possono venire dislocate su diverse prospettive psicologiche.

Una prima prospettiva è quella dell'*identificazione*, in cui il medico o l'infermiere si identificano con "rappresentazioni di sé" che hanno proiettato nel malato (ad es. aspetti di sé avvertiti come fragili e bisognosi di sostegno che curano curando lui). Se esiste in ogni relazione umana una certa quantità d'identificazione tra i due protagonisti, questa può diventare estremamente accentuata ed invadente, per esempio, nel corso della relazione interpersonale soggettiva, ciò che rappresenta un ostacolo se il medico non arriva a uscire da questo stato di identificazione. L'identificazione è molto debole nella relazione del servizio di manutenzione o nel corso della relazione del servizio di riparazione, invece è intensa nella relazione suggestiva, soprattutto dalla parte del paziente.

All'opposto dell'identificazione vi è lo stabilirsi di una *distanza*. Abbiamo visto che questa distanza è molto grande nella relazione dell'esperto e dev'essere pure abbastanza importante nella relazione del servizio di manutenzione, benché, paradossalmente, il paziente non si senta abbandonato. Essa è, al contrario, molto ridotta nella relazione suggestiva egualmente vicina nella relazione pedagogica o di sostegno e variabile nella relazione psicoterapeutica, poiché questa distanza è utilizzata dal medico che la regola secondo le circostanze della cura.

Vi è poi la possibilità di una *dipendenza* psicologica. È il caso della relazione suggestiva, che può esigere una dipendenza certe volte totale del paziente nei confronti del medico. Nella relazione psicoterapeutica, si ha di nuovo la possibilità di regolare la dipendenza. In taluni casi la dipendenza è talmente accentuata che si

verifica persino una *regressione*, verso fasi precedenti o infantili di maturazione. Ad esempio, la relazione suggestiva non può funzionare se non a condizione che il paziente accetti di regredire fortemente.

Spesso esiste un *conflitto* psicologico tra malato e terapeuta, anche se non viene sempre riconosciuto. Se v'è negazione di qualsiasi conflitto nella relazione scientifica, questo viene evitato nelle relazioni del servizio di riparazione, del servizio di manutenzione e di aiuto, così come nella relazione del consulente o dell'esperto, sebbene questa non sia la regola in questi due ultimi casi: è ben noto quanto siano frequenti le cause legali che hanno come tema varie forme di conflitto tra i pazienti ed i medici o il sistema sanitario. Il conflitto è spesso presente ed è tollerato nella relazione di sostegno o nella relazione suggestiva. Nella relazione pedagogica, al contrario, il conflitto può essere utilizzato per aumentare l'impatto dell'apprendimento. Nella relazione psicoterapeutica, il conflitto occupa un posto privilegiato poiché non esiste psicoterapia senza la sua elaborazione.

Psicologicamente, è importante anche valutare il fattore *tempo* nelle terapie. La relazione è un incontro limitato nel tempo o un legame che implica uno sviluppo nel tempo? Questa domanda dev'essere posta per ogni tipo di relazione e ci si accorge allora che esistono delle relazioni medico-paziente molto brevi (relazione dell'esperto, relazione del consulente), di breve durata (relazioni del servizio di riparazione) e relazioni che possono variare tra la brevità e la lunghezza (relazione d'aiuto, relazione pedagogica, relazione suggestiva o relazione di sostegno o anche in certe circostanze la relazione interpersonale soggettiva come nel *flash*) e delle relazioni che sono per loro natura di lunga durata, come la relazione del servizio di manutenzione e nella maggioranza dei casi la relazione interpersonale soggettiva.

La valutazione di questo fattore è importante. Se non si tratta che di un incontro, il legame che si stabilisce è di solito troppo poco elaborato perché alla fine dell'incontro possa svilupparsi. In tutti gli altri casi, a eccezione della relazione scientifica, il medico deve essere attento al fatto che il termine della relazione è penoso e che il paziente si sentirà abbandonato e presenterà una reazione di cordoglio che dovrà essere elaborata.

Rileviamo ancora un'altra caratteristica della relazione psicoterapeutica, cioè il ruolo essenziale che gioca il linguaggio. Questo sostituisce l'azione che si trova spesso negli altri tipi di relazione (redigere una ricetta, fare eseguire qualche cosa — nella relazione suggestiva —, insegnare facendo agire ecc.). In questo senso la relazione psicoterapeutica è anche eterogenea in rapporto alle relazioni interpersonali soggettive della vita corrente in cui l'azione comune degli interessati può essere uno dei modi di espressione di questa relazione, ciò che non accade nella relazione psicoterapeutica.

Le esigenze della relazione tra operatore sanitario e paziente (qui evidenziate soprattutto alla luce della relazione psicoterapeutica) possono sembrare contraddittorie: spontaneità nell'espressione dei sentimenti, dei conflitti e di ciò che si chiama il *materiale psicologico* nel malato, e spontaneità nella possibilità di osservazione e di comprensione del terapeuta. Questa osservazione spontanea e per quanto possibile libera non può avvenire se non a condizione che il terapeuta si *identifichi* col malato, ma possa anche molto rapidamente *dis-identificarsi* ed entrambi possano riprendere la loro autonomia.

Esistono dunque, come nelle situazioni sentimentali personalizzate, dei processi d'introyezione o d'internalizzazione molto massicci che devono poter essere

controllati dal medico se non vuole che la relazione *finisca*, come abbiamo già dimostrato, *in una relazione interpersonale abituale*, che si sviluppa allo scopo di trovare nella relazione stessa una soddisfazione sufficiente, ciò che non deve accadere in occasione di una cura. Questo controllo della relazione si oppone paradossalmente alla spontaneità che il medico dovrebbe pure possedere.

L'identificazione al malato — non diciamo nulla dell'identificazione del paziente con il medico — *caratterizza la relazione psicoterapeutica* e non esiste, così marcata, negli altri tipi di relazione che abbiamo descritti. Anche nelle relazioni di sostegno e di aiuto essa non è così accentuata.

È la conseguenza di una riflessione sul principio motore della psicoterapia che si trova, in parte, nella *frustrazione* imposta tanto al paziente che al medico, frustrazione che permette di centrare tutto lo sforzo sulla comprensione delle situazioni psicologiche e sui rapporti che possono esistere tra i differenti settori della vita psicologica.

D.W. Winnicott¹⁰ ha scritto:

La psicoterapia si situa là dove due aree di gioco si accavallano, quella del paziente e quella del terapeuta. In psicoterapia, con chi si ha da fare? Con due persone che stanno giocando insieme. Il corollario sarà dunque che là dove il gioco non è possibile, il lavoro del terapeuta mira a condurre il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui egli è capace di farlo.

SINTESI

L'analisi delle differenti relazioni medico-paziente fa emergere con chiarezza che molte di esse sono condizionate da una logica culturale che tende a riconoscere come adeguato solo un approccio di carattere tecnico-scientifico all'azione terapeutica.

Forse inconsapevolmente si immagina di ridurre tutta la drammaticità che l'esperienza della malattia nell'uomo porta con sé, ad un fenomeno puramente biologico, dimenticando l'integralità della domanda del paziente che si manifesta con bisogni che non sono espressamente dichiarati ma che sempre si accompagnano alla richiesta di cura e di assistenza.

Come afferma Menninger¹¹, “il paziente viene per essere curato e qualunque cosa venga fatta per lui, nella misura in cui lo riguarda, è terapia, indipendentemente da come la chiama il medico”.

Il curare e l'assistere non sono riducibili alla fornitura di prestazioni tecniche sia pure competenti ed accurate; il bisogno che le giustifica non è solo il desiderio di recuperare o migliorare una funzionalità che si è perduta, esse mettono in moto esperienze emotive peculiari che devono essere riconosciute ed utilizzate in quanto l'atto terapeutico, per essere tale, si rivolge all'unità mente-corpo del paziente.

Tali esperienze emotive possono favorire o contrastare il processo di cura, renderlo un vero incontro fra persone, fonte di reciproca soddisfazione, oppure una reciproca manipolazione in cui la scomparsa dei sintomi, e non la loro comprensione, sarà l'unico obiettivo perseguito. Questa - che comunemente viene chiamata “guarigione della malattia” - a volte non si ottiene perché significherebbe per il malato la soppressione dell'unico linguaggio che è riuscito a sviluppare per esprimere un disagio più profondo, in cui fatalmente si sentirebbe di nuovo lasciato solo dopo la conseguita guarigione.

Anche alla luce dell'estremo mutamento, soprattutto di tipo culturale, intervenuto

nella relazione medico/infermiere e paziente, è opportuno riconoscere la necessità della rifondazione di tale rapporto che sia più realista ed onesto, secondo quanto esposto nel famoso editoriale della rivista *British Medical Journal* del Maggio del 2001¹² e significativamente intitolato: “*Why are doctors so unhappy?*”. Tale rifondazione dovrebbe basarsi, secondo questo ed altri Autori sulla consapevolezza che:

- la morte, la malattia e la sofferenza sono parte della vita;
- il medico (e la medicina) può solo parzialmente rispondere alla domanda di salute;
- il professionista per reggere questa sfida necessita sia del supporto del sistema in cui opera, sia del paziente.

¹ J.C. NEMIAH, *Foundation of Psychopathology*, New York, Oxford University Press, 1961.

² G. BENEDETTI, *La “Mancanza” nel suo triplice aspetto di Angoscia, Colpa e Creatività come base delle religioni e come fonte della psicopatologia*, in *Psicoanalisi e Religione* a cura di M. Aletti, F. De Nardi, Torino, Centro Scientifico Editore, 2000.

³ P.B. SCHNEIDER, *I Fondamenti della Psicoterapia*, Roma, Borla, 1977.

⁴ G.O. GABBARD, *Psichiatria psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina Ed., 1995; E. GILLIERON, *Il primo colloquio in psicoterapia*, Roma, Borla, 1995.

⁵ C. BRENNER, *The Mind in Conflict*, New York, International Universities Press, 1982.

⁶ M. SAPIR, *Médecine d’accompagnement*, in «Praxis», 62 (1973), pp. 1473-1476.

⁷ P.B. SCHNEIDER, *I Fondamenti della Psicoterapia*, cit.

⁸ E. BALINT, J.S. NORELL, *Interactions in General Practice Consultation*, London, Tavistock Publications, 1973.

⁹ E. BALINT, J.S. NORELL, *Interactions in General Practice Consultation*, cit.

¹⁰ D.W. WINNICOTT, *Gioco e Realtà*, Roma, Armando, 1974.

¹¹ K.A. MENNINGER et al., *Manual for Psychiatric Case Study*, 2° ed. Grune & Stratton, New York, 1962.

¹² R. SMITH, Editorial: *Why are doctors so unhappy?*, in «Brit. Med. J.», 322 (2001), pp. 1073-1074.

IL DOLORE E LA SOFFERENZA NELLA MALATTIA MENTALE: IL DRAMMA DELLA LIBERTÀ

Gerardo Bertolazzi

*Ciascun confusamente un bene apprende
nel qual si queti l'animo, e disira;
per che di giugner lui ciascun contende.*
(Dante, Purgatorio, Canto XVII vv. 127-129)

Nell'affrontare il tema del dolore e della sofferenza nella malattia mentale, potremmo partire da alcune affermazioni di Giuseppe Colombo, docente di Antropologia filosofica nella sede di Brescia dell'Università cattolica, nella sua conferenza tenuta di recente presso l'Università di Medicina di Verona, dal titolo "Il male e la sofferenza, una sfida per la ragione e la fede":

Il male, il dolore, entra nell'esperienza dell'uomo non consentito. C'è qui un valore, che non è dato per natura come le doti naturali, ma può essere costruito, come una prestazione. Il valore sta nel vincere la sofferenza, cioè nel portare la sofferenza su di sé. Ogni sofferenza è volontaria. Il dolore non è volontario, la sofferenza sì. Chi non dice di "sì" alla sofferenza non "soffre" ma "patisce", è ridotto ad un sasso. Il verbo latino *sufferre* significa "portare su di sé" ed accettare la vita è un portarla su di sé con il suo carico ed è un atto di amore, è un lavoro. Soffrire è amare, soffrire è lavorare. *Sufferre* significa anche offrire, presentare, tanto che chi sale sul trono della sofferenza e vince il dolore è a tutti di esempio. Non è lo *stupidus* che guarda al mondo rimbecillito, ma l'uomo *dolens* che con la propria sofferenza penetra nel mistero, crea opere d'arte e crea esempi per chi lo vede lentamente morire.

In relazione al tema affrontato, la malattia della psiche, qui ci poniamo il problema se il malato mentale sia in questo senso in grado solo di "patire" cioè di subire, essere schiacciato come da un masso dal proprio dolore o se possa invece anch'egli "soffrire" nel senso etimologico latino di "sufferre" cioè di "portare su di sé", "offrire", "presentare" e quindi condividere con altri attraverso la propria esperienza di dolore.

Da un punto di vista clinico e terapeutico questa possibilità è decisamente importante perché apre al dramma della ricerca di un significato per quanto - a volte all'improvviso, più spesso subdolamente - si insinua nelle pieghe dell'animo di chi vive un'esperienza nevrotica o psicotica, e quindi apre alla condivisione ed alla richiesta di aiuto.

Si pone pertanto da un punto di vista esistenziale il problema della libertà del malato mentale. È nota la definizione di Henri Ey della patologia psichica come "*patologia della libertà*":¹

La libertà - afferma Ludwig Binswanger, psichiatra di nazionalità svizzera fondatore dell'“analisi esistenziale” che si fonda sulle teorie di Husserl e Heidegger² – *consiste nell'accettare liberamente l'essere-gettato della presenza come tale, la non libertà nel negarlo e nel violentarlo arbitrariamente in base ad un ideale fissato.*

Ciò che emerge da questa definizione di libertà, è il senso della funzione esistenziale del termine “essere-gettato”. Per il padre dell'antropoanalisi, infatti,

il principale criterio antropoanalitico della malattia mentale è il grado in cui la libertà della presenza (od esistenza umana situata nel mondo) si consegna al potere di un altro.

Nel nevrotico, sottolinea l'autore, *questa resa è soltanto parziale*; sebbene il suo essere-nel-mondo sia sopraffatto e dominato da una o poche categorie, egli lotta continuamente per mantenere il suo potere di autodeterminazione. Sempre secondo la citazione di Brunswenger:

La lotta si configura come una rinuncia della presenza ad alcune possibilità al fine di tenere a bada in questo modo la minaccia di dissoluzione di quel mondo che è stato costituito in modo così ristretto sotto il predominio di un solo contesto di significati e quindi la minaccia di dissoluzione del sé. Ma dal momento che è proprio questa rinuncia alle potenzialità dell'esistenza che rappresenta il principio della dissoluzione del sé (appiattimento, restringimento, svuotamento), tutti questi sforzi conducono alla loro stessa negazione ed il nevrotico si trova preso in una trappola. La tentata soluzione dei suoi problemi si risolve nel loro rafforzamento. *Lo psicotico va ancora più in là e si consegna completamente al potere di un altro.* L'esperienza dell'angoscia è diminuita, a prezzo della perdita della propria autodeterminazione. Nella psicosi la presenza si è completamente consegnata ad una determinata immagine del mondo, ad un particolare progetto dal quale viene afferrata o sopraffatta. Il termine che indica questo suo essere-consegnata è essere-gettato. *Questa sopraffazione trova la sua espressione culminante nel fenomeno del delirio.*

Si potrebbe dire, semplificando al massimo le cose, che il malato nel corpo all'inizio della malattia sperimenta passivamente l'irruzione violenta del dolore fisico e poi progressivamente vive la sofferenza come privazione, come limite e perdita di autonomia e funzionalità, ma grazie alla salute psichica mantiene aperta la possibilità di vivere nell'accettazione attiva e pertanto nella libertà la propria sofferenza (quindi riesce a superarla, offrirla, condividerla). Al contrario, il malato psichico, in particolare lo psicotico, non riuscendo a sostenere il dolore, il peso, l'angoscia che la malattia nelle sue molteplici manifestazioni fenomeniche comporta, rinuncia alla possibilità di vivere liberamente e consapevolmente la sofferenza, “per consegnarsi al potere di un altro”, vale a dire ad un'altra visione della realtà come nell'esperienza delirante oppure nel ritiro e nella fuga dalla realtà, come nell'esperienza autistica.

Tuttavia, nei vissuti soggettivi dei pazienti, anche dei più gravi, si riscontrano aspetti molto più complessi, che lasciano aperta la porta della speranza di cambiamento. Karl Jaspers,³ fa dell'autismo un aspetto dell'universale tendenza umana a sottrarsi alla realtà:

Ci si rifugia dalla realtà nelle fantasie che permettono di creare facilmente ed abbondantemente, come per magia, ciò che sarebbe difficile e frammentario se dovesse essere realizzato. Le fantasie nascono dalle inibizioni e dalle deficienze dell'esistenza individuale e, pur essendo irreali, procurano un sollievo.

Afferma a questo proposito Eugenio Borgna:⁴

L'autismo consiste nel “perdere il contatto con il mondo delle realtà umane e cosali (questo precipitare negli abissi della solitudine radicale); non è solo uno dei sintomi che si constatano

nell'esperienza psicotica, ma uno degli elementi strutturali che fondano il discorso clinico e quello fenomenologico sulla depressione e sulla schizofrenia... Non c'è autismo che non sia percorso da questa insostenibile solitudine”.

Nonostante ciò, come sottolinea H.G. Gadamer:⁵

La solitudine è qualcosa di assolutamente diverso dall'isolamento. L'isolamento è l'esperienza di una perdita, mentre la solitudine è l'esperienza di una rinuncia. L'isolamento si subisce, nella solitudine si cerca qualcosa.

L'*autismo* insomma, sia nell'esperienza schizofrenica che in quella depressiva, rimanda a questo duplice aspetto di ferita, di perdita e di rinuncia ed assieme di estremo bisogno comunicativo. L'autismo come fenomeno rimanda alla *disfatta di ogni relazione interpersonale*, di ogni intersoggettività e, insieme, alla *nostalgia della comunicazione*.⁶

Nostalgia deriva da due parole greche “*nostos*” e “*algos*”: è un dolore (*algos*) avvertito e sofferto per la volontà di “ritorno” (*nostos*) alla patria lontana; pertanto si può provare nostalgia solo perché si fa l'esperienza di una lontananza da qualcosa o da qualcuno che conosciamo bene, che è radicato nella nostra memoria, nella storia personale.

La mia esperienza clinica con i pazienti, quando sono aperto e libero nell'accogliere dentro di me la sofferenza che la loro “alterità” suscita in me, mi fa cogliere la prossimità tra il mio destino ed il loro: questo rende possibile un incontro e pone la condizione per ritornare alle parole che ripercorrono il senso perduto di esperienze troppo dolorose per non desiderare di dimenticarle.

Emblematica sembra al riguardo l'esperienza della persona depressa che disperata tenta il suicidio; ho avuto modo, alcuni mesi fa, di accogliere nel mio reparto un signore di circa cinquant'anni che aveva “mancato” il suicidio, nel senso che per circostanze estranee alla sua volontà non era riuscito nell'intento di togliersi la vita: qualcuno aveva visto la sua auto isolata in un campo con un tubo di gomma che dal retro della macchina entrava nell'abitacolo ed aveva dato l'allarme salvandolo per pochi minuti dalla morte per intossicazione da ossido di carbonio. Nel nostro primo incontro, mentre ancora si trovava disteso sulla barella del reparto di rianimazione da dove, superata la fase acuta di disintossicazione, era stato trasferito, gli chiesi, probabilmente mentre egli si aspettava un rimprovero o peggio una diagnosi psichiatrica, da quanto tempo stava così male da disperare di poter essere capito e se mai fosse riuscito a parlare con qualcuno di questa sua sofferenza. Questo “semplice” atteggiamento di ascolto da parte mia, un'accoglienza senza pre-giudizi, ha permesso l'inizio di un dialogo, continuato nei giorni successivi di ricovero. È divenuto così possibile ripercorrere, assieme alla moglie ed al figlio addolorati, sgomenti, delusi ed arrabbiati per il suo gesto, la sua vita. La sua storia era fatta di speranze per un lavoro che poi è fallito, ma che per lui aveva il significato di un riscatto, rispetto ad altre frustrazioni sofferte durante l'adolescenza. Poi aveva sperato nel matrimonio con quella donna che amava “a tal punto da non volerla fare più soffrire...”. Evidentemente il dolore per non riuscire a comunicare le proprie ferite e la propria disperazione l'aveva portato a quel gesto “insensato”, che tuttavia attraverso la relazione col medico (terapeutica?) cominciava a trovare la via di un ritorno alla comunicazione. La comunicazione si estendeva alle persone a lui più care e quindi al recupero di una speranza per il futuro e di una libera accettazione di aiuto, senza provarne la vergogna od il peso di una ammissione di fragilità e di dipendenza.

Altrettanto si può dire dell'esperienza psicotica, per esempio della schizofrenia,

dove il paziente attraverso i suoi “deliri” sembra frapporre una distanza abissale con chi gli sta vicino o si prende cura di lui. Di fronte ad una persona delirante siamo quasi naturalmente portati a considerare ciò che dice solo come un sintomo che permette una diagnosi, utilizzando spesso delle definizioni oggettivanti come quella DSM-IV (1994), che nel glossario annesso alla classificazione dei disturbi mentali definisce il delirio come: *“Falsa convinzione basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, che viene fermamente sostenuta contrariamente a quanto tutti gli altri credono ed a quanto costituisce prova ovvia e incontrovertibile della verità del contrario”*.

D'altra parte, come affermano A. Ballerini e M. Rossi Monti:⁷

Il destinatario del messaggio delirante non può, il più delle volte, accogliere la comunicazione: la minimizza o la ignora e la squalifica... riportandola unicamente alla categoria dell'errore: una categoria apparentemente semplice nella quale predomina la coppia antitetica verità / non verità, senza tener conto che... a seconda dei parametri osservativi, dei contesti di studio, dello stabilirsi o no di una relazione tendenzialmente terapeutica, il delirio può apparire il massimo dell'insensatezza o alludere alla maggiore densità di significati possibile. Uno dei paradossi del fenomeno del delirio è da un lato di implicare una deformazione di categorie generali della mente, dall'altro di sostanzarsi di significati personalissimi, che spesso rinviano in modo enigmatico-oracolare alla storia di vita della persona, al fluire degli eventi esterni ed interni del suo percorso esistenziale.

Un mio giovane paziente schizofrenico gravemente delirante vive nella Comunità Terapeutica Protetta della nostra Unità Operativa, però ogni tanto ha necessità di ricoverarsi in reparto perché molto angosciato, inappetente ed astenico. Quando arriva al ricovero chiede sempre di “poter riposare” anche se, in realtà, a causa della sua gravità clinica, non riesce a sostenere alcun “progetto riabilitativo” di tipo lavorativo e talora anche solamente occupazionale. Quando gli chiedo perché è così stanco, mi risponde: “ho bisogno di riposare perché c'è una guerra tra un angelo buono e dei diavoli cattivi che non finisce mai e i diavoli spesso mi dicono brutte cose e io non ce la faccio più”. Di fronte a queste affermazioni, così apparentemente assurde, non riesco il più delle volte a trovare le parole; poi, confrontandomi nel lavoro di équipe con gli altri colleghi e con gli infermieri e lasciando che dai vissuti e dai ricordi di ognuno riemerge seppur frammentata la sua storia fatta di ferite e di perdite (la sua famiglia è oramai distrutta, il padre è alcolizzato, la madre ha una demenza presenile, i fratelli se ne sono andati tutti di casa...), comprendo che effettivamente la sua vita è una guerra estenuante e che forse vorrebbe essere lui l'angelo buono che sconfigge i demoni che non aiutano i suoi genitori. Probabilmente attraverso il delirio, che gli permette di non affrontare la guerra reale, vuole comunque affermare il suo desiderio di “esserci”, di combattere, fino al punto di stremarsi. Allora, nei momenti in cui è più disponibile alla relazione, come quando chiede al personale una sigaretta o di poter scendere a bere un caffè, è sufficiente chiedergli se è riuscito a riposarsi, per cogliere nel suo volto un sorriso tenero come di un bambino che finalmente si sente abbracciato con calore. Ci sono momenti in cui le parole non servono, in cui anche il silenzio, una vicinanza discreta, un gesto di attenzione rendono possibile una comunicazione insperata ed una partecipazione emotiva alla relazione interpersonale; si tratta comunque, anche se temporaneamente, di un accenno di libertà, di un tentativo abbozzato di “sottrarsi al potere di un altro”.

E. Borgna scrive:⁸

Ci sono valori grandi nelle esistenze incrinata dalla sofferenza psichica e dallo scacco

esistenziale... Negare, e rifiutare, il senso della sofferenza e delle angosce neurotiche e psicotiche, che possono sfiorare ogni umano destino, significa infine essere incapaci di raccogliere il gesto e l'invito silenziosi dei pazienti ad ascoltarli, al di là di ogni separatezza. Certo, stando vicini a queste esistenze sigillate dal dolore e dalla disperazione, dall'insicurezza e dalla vertigine, realizziamo fino in fondo la dignità e la libertà dell'essere medici.

Afferma a questo proposito A. Scola:⁹

Se al paziente che si auto-espone è offerta la possibilità di affrontare concretamente, a partire dalla richiesta di salute, la domanda di significato della sua vita (domanda di salvezza) e quindi, nella relazione con l'altro, gli è consentito di camminare sulla strada del suo compimento, all'operatore sanitario è data la possibilità di superare il pernicioso dualismo tra il bene-essere della sua persona e la sua professione: a condizione che, a sua volta, si esponga nell'atto clinico con tutta la sua persona mettendo in campo l'arte terapeutica con tutta la competenza di cui è capace.

Nella relazione interpersonale si intrecciano sempre due libertà, se in ogni dialogo rimaniamo aperti al mondo degli altri ed al nostro mondo interiore nella loro continua domanda di senso:¹⁰

Qualunque cosa tu dica o faccia / c'è un grido dentro: / non è per questo, non è per questo! / E così tutto rimanda a una segreta domanda: / l'atto è un pretesto.

¹ H. EY, *Etudes Psychiatriques*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954.

² L. BINSWANGER, *Essere nel Mondo*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1963.

³ K. JASPERS, *Psicopatologia generale*, Perugia, Il Pensiero Scientifico Editore (quinta ristampa), 2000.

⁴ E. BORGNA, *Malinconia*, Milano, Feltrinelli, 1992.

⁵ H.G. GADAMER, *Elogio della teoria*, Milano, Guerini, 1989.

⁶ E. BORGNA, *Malinconia*, cit.

⁷ A. BALLERINI, M. ROSSI MONTI, *La vergogna e il delirio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990.

⁸ E. BORGNA, *Noi siamo un colloquio*, Milano, Feltrinelli, 1999.

⁹ A. SCOLA, *La buona salute e i luoghi della cura*, Siena, Edizioni Cantagalli, 2002.

¹⁰ C. REBORA, *Sacchi a terra per gli occhi*, in "Le poesie", Milano, Garzanti, 1988.

SALUTE E SALVEZZA DELL'UOMO: IL MALE E LA SOFFERENZA, UNA SFIDA PER LA RAGIONE E PER LA FEDE

Giuseppe Colombo

Non vi è dubbio che il male e la sofferenza costituiscano una sfida per la ragione e per la fede. Si tratta di una verità quasi evidente che, più che di dimostrazioni, per essere compresa, necessita solo di qualche cenno esemplificativo. Insomma, è la coscienza di ogni uomo che attesta la realtà di questa “sfida”.

Sfida e, per assonanza, *Sfinge*: il mostro dal corpo di leonessa alata e dal petto e dalla testa di donna che affrontava i viandanti sulla via di Tebe, ponendo a ciascuno un enigma: “Qual è quell’animale che al mattino ha quattro gambe, al meriggio due, alla sera tre?” E chi non sapeva rispondere, veniva divorato. L’enigma viene posto anche a Edipo che però sa dare la risposta esatta: “L’uomo”¹, ed ha la vita salva e regna felice in Tebe, finché ... di dolore in dolore, di angoscia in angoscia, precipita nella morte.

Questo mito permette di comprendere che il male e la sofferenza non sono una sfida, un enigma semplicemente teorico. In questa sfida si entra con la ragione, ma essa non la vince così come risolve una equazione, un rebus. Infatti Edipo, pur avendo dato la risposta esatta, è stato comunque colpito e vinto dal male e dalla sofferenza. Perciò in questa sfida, nella quale ne va della vita di ciascuno di noi, dobbiamo entrare in modo non solo teorico, ma anche pratico, impegnando ogni istante della nostra esistenza, sia nella dimensione dell’amore, sia in quella del lavoro, con tutte le sfumature che questi termini possono avere. Non solo: la sfida non è rivolta al singolo uomo, isolato, ma all’uomo in relazione, all’uomo concreto, all’*io-tu*, al *noi*. Anzi, diciamo di più e diciamolo con le parole di Simone Weil:²

Ho la certezza che questa verità (della risposta al dolore), se mai mi sarà concessa, lo sarà solo al momento in cui io stessa sarò fisicamente nel dolore e in una forma estrema della sofferenza presente.

In altri termini: è impossibile ragionare del male e della sofferenza senza avere a che fare personalmente con la Sfinge, icona di quel mostro di laidezza che è la morte, con tutte le sue anticipazioni ed epifanie.

L’UOMO CERCA LA FELICITÀ, NON IL NULLA

Il primo punto sul quale cerco di gettare un poco di luce concerne l’universalità della condizione umana, di ogni uomo, di tutto l’uomo. Mi esprimo con le parole di sant’Agostino:³

È giudizio sicuro di tutti coloro che godono in qualche misura della ragione, che tutti gli uomini aspirano alla felicità. Ma come essere o diventare felici? Ecco un problema che i mortali nella loro debolezza si sono sempre posti, e che ha suscitato molte e gravi controversie.

Quindi secondo Agostino due sono i punti fermi: 1) tutti gli uomini tendono alla felicità; 2) gli uomini si dividono proprio su ciò che più sta loro a cuore: si dividono sull'essenziale.

Alla prima affermazione di Agostino - della seconda ci occuperemo più avanti - il moderno esistenzialismo nichilista, che tanta parte ha avuto nel plasmare molte coscienze nel mondo contemporaneo, obietta che l'uomo è un "Essere per la morte" (Martin Heidegger). Questa obiezione non è però così nuova (moderna), come vuole apparire, tanto è vero che la troviamo citata e confutata anche da san Tommaso. Infatti, a quanti affermano che "il movimento proprio di una natura che viene dal nulla tende al nulla"⁴, il dottore della Chiesa risponde:⁵

La tendenza al nulla non è il movimento proprio dell'essere naturale, che si dirige sempre a un qualcosa di buono (buono, però, significa: esistente); ma la tendenza al nulla si effettua precisamente col rifiuto di quel movimento proprio.

E questo perché, semplicemente, il nulla non esiste e, dunque, non si può volere ciò che non è, ma si può volere solo ciò che esiste; però questa tendenza naturale all'essere può venire rifiutata e sostituita dalla tendenza al nulla. Tommaso preciserà che questo rifiuto può essere compiuto solo da un atto libero, quindi soltanto da esseri intelligenti, e che comunque la proclamata volontà di perseguire il nulla in realtà cela la non dichiarata volontà di ottenere un altro bene: insomma, chi vuole la morte (la nientificazione propria o altrui), in realtà vuole attraverso questa soppressione d'essere, un bene, un essere maggiore e migliore: *mors tua, vita mea*, ma anche la mia morte come affermazione di un ideale.⁶

Dunque l'uomo non trascorre i suoi giorni errabondo sulla Terra, sospeso equamente tra l'essere e il nulla, ma ciascuno di noi è *homo viator*, uomo in cammino verso una meta, un bene, una ricchezza d'essere. E stabilire in cosa consista questo Essere è il compito fondamentale di ogni uomo.

La felicità e il suo raggiungimento

Sfogliando un dizionario della lingua italiana, si può leggere che felicità è "*la compiuta esperienza di ogni appagamento*": e la definizione è corretta. Infatti, possiamo aggiungere, precisando, che la felicità consiste nel riverbero soggettivo (coscienza, emozioni, sensazioni, ecc.) di una perfezione oggettiva (sanità totale della persona, soddisfazione di ogni bisogno, appagamento di ogni desiderio). Perciò io sono felice soltanto quando la mia persona, anima e corpo per usare dei termini tradizionali, diventa perfetta.

Gli uomini, quando sono sinceri, confessano che la perfetta felicità non appartiene alla loro esperienza; e ciò accade perché "io sono ciò che ancora non sono". La felicità non è nel qui e nell'ora del mio io, perché attualmente io sono indigenza, finitezza, imperfezione, appunto: in-perfezione, non-ancora-perfezione. Così "io devo essere ciò che ancora non sono". Finitezza, dicevo, ma anche ricchezza dell'uomo, perché questo "devo" indica un compito che mi è proprio, che è almeno in parte affidato alla mia responsabilità di persona ragionevole e libera.

La felicità, dunque, dice di un "già e non ancora": so di doverla ottenere, ma ora non la possiedo; indica poi la mia perfezione di uomo che è qualcosa di oggettivo, di

profondamente vero, di sottratto al mio arbitrio, al mio capriccio; infine, chiama in gioco l'Altro da me: sì, perché se tutto dipendesse da me, subito mi farei perfetto, poiché so che la mia felicità dipende dalla mia perfezione. Ma cosa o chi è questo Altro? Certamente, poiché io ora sono indigente, mancante, è ciò che mi rende perfetto: è qualcosa di futuro, qualcosa che devo raggiungere, una meta che non è semplicemente il termine estrinseco di un viaggio, ma il fine e il significato della mia vita: è qualcosa che io, se fossi sincero, dovrei confessare di amare più di me stesso. Scriveva Johan Gottlieb Fichte, un filosofo tedesco, nei primi anni del XIX secolo: ⁷.

Rivelami ciò che tu ami davvero, ciò a cui tendi ed aspiri con tutte le forze del tuo desiderio, allorché tu spera di entrare nel perfetto possesso di te medesimo e mi avrai rivelato la tua vita. Il tuo amore è la tua vita.

Ma sorgono due domande. La prima ripropone la seconda parte della affermazione di Agostino, quella che riguarda la divisione che si scatena tra gli uomini a proposito della consistenza della felicità. Infatti "Il tuo amore è la tua vita": sembra una cosa semplice, ma il problema è dire qual è il mio amore. Qual è il mio amore? Il mio amore è la mia vita, la mia vita è la mia perfezione, la mia perfezione è la mia felicità. Sì, ma cosa è? Quale nome ha?

La seconda domanda riguarda il modo (il "come", diceva Agostino) con cui andare alla felicità-perfezione-amore. Certamente vi è una tendenza naturale dell'uomo al bene, ma l'uomo non viene mosso ineluttabilmente da leggi gravitazionali: l'uomo è libero e, dunque, l'uomo va al suo Amore impiegando la sua ragione e la sua volontà libera. Io devo decidere di questo Amore, io devo decidere di me.

Problema e mistero

La felicità e la perfezione, il nostro amare e l'oggetto del nostro amore si mostrano, al tempo stesso, come *problema* e come *mistero*. In verità ogni cosa, anzi tutte le cose, il mondo intero, noi stessi siamo sempre un problema e un mistero. Faccio un esempio: torno a casa stanco, la sera, dopo un duro lavoro, successi ed insuccessi; gocciola il rubinetto in cucina e mi dà fastidio. Posso reagire in due modi (l'uno non esclude assolutamente l'altro): 1) tentare di ovviare al guasto, 2) esclamare "Dopo quel che è accaduto oggi ci voleva anche questa! Tutto congiura contro di me, perché!?". Nel primo caso la perdita d'acqua è presa in considerazione sotto la luce del problema, nel secondo sotto quella di mistero. Infatti, per risolvere il problema della perdita mi occorrono un minimo di conoscenza e di tecnica idraulica, uno strumento adatto (fosse anche solo uno straccio da avvolgere al rubinetto) e, infine, l'abilità o forza necessaria a compiere l'operazione. E, quando il problema è risolto, non ci penso più, così come accade con una equazione matematica: un problema ben posto ha in sé la soluzione. Perciò le cose, considerate sotto la luce del problema, diventano oggetto delle scienze, delle tecniche e delle abilità umane; si inscrivono nella logica del progresso lineare (si procede per accumulazione di conoscenze e per sostituzione di quelle errate): ci saranno sempre problemi da risolvere, ma su quelli risolti non si ritorna più.

Quella stessa piccola perdita d'acqua può essere però vista come mistero. Per mistero non intendo "la notte in cui tutte le vacche sono nere" (Hegel), ma l'eccesso di luce che si rivela in una piccola o grande cosa. Infatti in quella perdita d'acqua si palesa il senso della vita, con le sue gioie ed i suoi dolori, i suoi interrogativi: che ne

sarà di me? Di voi?... E la conoscenza tipica del mistero procede per approfondimento: non finisco mai di conoscere me stesso e le persone che amo; più mi conosco e le conosco, più devo confessare che l'intimo è un abisso che mi sfugge per eccesso di luce; proprio come accade nel guardare il sole: brillante nelle nebbie del mattino, i miei occhi possono fissarlo; splendente nella radiosità del mezzogiorno, i miei occhi non sono in grado di internarsi in lui. Eppure è sempre lo stesso sole. Perciò tanto più il mistero è conosciuto, tanto più sono cosciente di non possederne l'abisso e, anzi, la sua realtà mi possiede, mi spiazza, mi costringe a nuovi sforzi: un rebus risolto è messo da parte, una persona amata più è conosciuta, più ci sospinge a conoscerla. Così è la vita: da giovani molte cose sembrano ovvie, poi, invece, alla mente si spalanca una profondità inaudita.

Ebbene, se alla piccola perdita sostituiamo le grandi questioni che agitano la nostra vita: da dove veniamo, dove andiamo, che senso vi è nel vivere, perché soffrire, morire, amare..., allora si comprende che possiamo situarci nell'ottica del problema ed affidarci a qualche tecnica (economica, psicologica, sociologica, medica, ecc.), ma anche contemporaneamente in quella del mistero: e sentirci "presi dentro". La cosa (il dolore, la gioia) non mi sta di fronte, ma io ci sono dentro.

Ora torniamo all'oggetto del nostro amore, all'amato che solo può dare la felicità. Ebbene, esso si può presentare anche come problema (nella cultura e nella tradizione anche familiare mi sono proposte alcune soluzioni), tuttavia è la luce del mistero che prevale in esso. Infatti, più mi avvicino per conoscerlo, più mi rendo conto che è esso che mi spiazza, che mi prende, che mi possiede: più lo conosco, più mi attrae "oltre": di lui non vi è conoscenza pacifica, conclusa.

E torniamo allora a sant'Agostino: noi uomini siamo tutti d'accordo nel cercare la felicità, tutti riconosciamo di essere vissuti interiormente dal desiderio della perfezione, ma è proprio sul nome da dare a questo mistero, all'Amore che solo può dare senso alla nostra esistenza, che ci dividiamo. È paradossale, ma parole che sembrano di pace, quali Verità, Giustizia, Amore, in realtà sono parole che ci dividono: sono parole di discussione, di contrasto, di guerra. E non può essere altrimenti, perché non possiamo rinunciare a ciò che è la nostra vera Vita ("il tuo Amore è la tua Vita").

Perciò è innanzitutto sulla radice del vivere che si fa unità e si consuma la differenza tra noi uomini: il resto sono piccole cose.

IL MALE COME PRIVAZIONE E LA SUA POTENZA

Facciamo ora un altro passo in avanti. Io cerco la felicità, la mia perfezione, ma ecco che mi si presenta il male, il dolore, come "privazione"⁸.

In un primo caso abbiamo una inquietudine ontologica, fondamentale. Infatti, se io sono alla ricerca della felicità, significa che non la possiedo ancora e questo mi dice appunto di una inquietudine (Agostino: "*inquieto è il mio cuore finché non riposa in te*"). Si badi bene: è una condizione universale, propria di ogni uomo; non è una eccezione; si tratta di un "disagio nascosto esistenziale" che può manifestarsi nelle forme più disparate: da quelle violente a quelle silenziose, come con intuizione geniale ha reso Dante nella *Commedia*: le anime nel Limbo sono infelici, perché hanno tutto ma non godono della visione di Dio, l'Amore che dà senso alla vita.

In un secondo caso il male ed il dolore come privazione si presentano anche sotto un'altra veste, per certi aspetti ben più terribile: è la veste della privazione del bene

dovuto e già posseduto. Questo è il male, che sia il male fisico, economico, religioso, affettivo: è la privazione di un bene dovuto e già posseduto, di ciò che ho o che è giusto che io abbia per essere me stesso, per essere perfetto. Io sono “sbocconcellato” dalla malattia, derubato dei soldi, degli affetti, di ciò che è mio: sono privato, mi è tolto l’essere.

Nei due casi i sentimenti e gli atteggiamenti esistenziali sono molto diversi. Infatti, nel primo caso, di fronte alla felicità che ancora non è posseduta io ho un atteggiamento “positivo”. È la *condizione dell’amore*: so di avere bisogno di te (persona amata e volto ignoto del mistero della vita), senza di te sono nulla; però l’esperienza della mia finitudine è per così dire positiva, perché mi spinge a un lavoro, a guardare al futuro, avanti, a costruire, non mi riempie di angoscia, ma di gioia, di costruttività, di speranza: Tu puoi riempire il mio vuoto esistenziale e io credo che Tu lo farai. Invece, nel secondo caso, di fronte al male come privazione, come annientamento della mia vita, del mio io, io ho un atteggiamento “negativo”: è la *condizione del dolore*. Ora sperimento la mia finitezza innanzitutto in modo negativo: mi so povero, indigente, mi sento paralizzato, invaso da una sorta di *malheur* (noia, nausea, nostalgia, malinconia) e persino di disperazione (mancanza di speranza). Avverto di non avere un futuro e che ogni lavoro è inutile: sono paralizzato non dalla paura di questo o di quell’ostacolo, ma dall’angoscia, una specie di vertigine del nulla: come accade nella malattia, se vengo privato della salute (un bene finito prezioso), perché non agghiacciare di fronte all’ipotesi del morire?

Del resto il male (fisico, morale, economico, religioso, ecc.) viene quando e come vuole. Arriva improvviso dentro di me come una potenza straniera: non cercato, non consentito, senza permesso, con una violenza inaudita. Mi espropria del mio io: mi mette a nudo, mi inchioda alla mia fragilità. Palesa in un sol colpo che io non mi autopossiedo. È paradossale, in un tempo in cui tanto *si sviolina* sull’autocoscienza, sul fatto che ciascuno è padrone di se stesso (che “la vita è mia e la gestisco io”), in un sol colpo la malattia, ad esempio, mette a nudo l’impotenza di quanti si credono e sono creduti potenti, i medici: a loro insaputa, a insaputa della loro scienza, accade una piccola mutazione cellulare che, nonostante le loro raffinate tecniche, in men che non si dica li conduce a morte.

Appunto la morte! La morte è una cosa strana; è lì certa e nello stesso tempo è incerta, come diceva Jonesco. Non è deducibile: è inscritta nell’esistenza umana, perché ogni uomo è mortale, ma nessuno sa quando e come un uomo morirà: nessuna previsione è certa, non c’è scienza. Ironizza Sartre: il condannato a morte fantastica sul suo momento fatale e poi... una banale influenza lo toglie di mezzo! C’è così nella morte una strana somiglianza con l’atto libero. Voi potete dare spiegazioni esaurienti a una persona e questa persona può averle capite perfettamente, ma è comunque in suo potere fare ciò che vuole. Quel che farà non è deducibile dal già noto, cioè non è ponendo una equazione corretta che voi saprete la conclusione della sua deliberazione.

Inoltre la morte, questa potenza straniera dalla figura ambigua, perché al tempo stesso certa ed incerta, viene con durezza invincibile: capita come un “omicidio nella notte”⁹ contro cui è impossibile resistere e lottare. È come una condanna che colpisce il colpevole e l’innocente, colui che viene salvato (il malato, ad esempio), che in futuro dovrà comunque morire, e colui che opera la salvezza (l’operatore sanitario, ad esempio).

Questi pensieri sull'universalità del male, del dolore e della morte fanno parte del realismo di tutte le grandi culture dell'umanità.

Prima reazione di fronte al male: la richiesta d'aiuto.

Ora, di fronte al male, al dolore, alla morte ognuno di noi ha una prima reazione fondamentale che è quella di chiedere aiuto. La prima reazione di noi uomini non è quindi il ragionamento, il chiedersi il perché, il per come, le cause, ma è la richiesta d'aiuto. Ciò, da un punto di vista antropologico, dice molto, dice che tu sei in relazione, che sei finito, dipendi dal tuo Amore, ciò che dà la felicità della tua vita.

Nella tradizione cristiana questa richiesta di aiuto permea di sé tutta l'esistenza: da quella fisica a quella spirituale. Un uomo lebbroso a Gesù: "Se vuoi, puoi guarirmi" (Mc., I, 40). Significativamente la stessa pressante richiesta d'aiuto, la stessa implorazione è rivolta a ogni medico; e ciò accade anche quando il dolore è così forte da rendere il paziente muto: basta allora uno sguardo. "Mi guarisca", certo, ma con ancora maggiore pathos "Me lo guarisca"; così viene chiesto per la persona amata: "Me lo guarisca, perché nella sua vita ne va della mia vita". Qui è palese: vi è una circolarità che pone in gioco accanto al male, alla malattia, al dolore, l'amore e la felicità.

Salute e salvezza dell'uomo

In queste domande - "Dottore, mi guarisca, me lo guarisca" - vi è una profondità immensa. In esse si rivela infatti l'uomo come soggetto di bisogno e di desiderio. Ho bisogno di quella cosa particolare, quell'aiuto nella malattia, ma proprio in questo particolare passa il mio desiderio di perfezione, di felicità piena, senza limiti.

In altri termini: ho bisogno di salute, ma so anche che non è in questo bene finito (la salute) che c'è tutta la perfezione, ma certo è anche in essa.

Un esempio per capire: il bambino, la sera, dopo essere stato in bagno, avere lavato i denti ed avere bevuto, quando la mamma gli rimbecca le coperte, ecco chiede un bicchiere d'acqua: ma come, non hai forse già bevuto? Sì, è vero, ma in questa nuova acqua, di cui sembra avere bisogno, in questa piccola "cosa finita" in realtà si palesa un desiderio: non essere lasciato solo la notte per non attraversare da solo l'avventura del sonno, che è figura della morte. Perciò l'acqua è non semplicemente una "cosa", ma è anche un "segno": nel particolare si disvela l'universale: *Il tutto nel frammento*, come recita il titolo di un libretto di H. U. Von Balthasar. Poetava Dante:¹⁰

La sete natural che mai non sazia/se non con l'acqua onde la femminetta/samaritana domandò
la grazia,/ mi travagliava, [...].

Similmente il malato chiede sì di essere guarito dalla malattia, ma chiede anche il senso, il significato della malattia, cioè chiede insieme "*salute e salvezza*"¹¹. Come è l'uomo malato e non è la malattia che si rivolge all'operatore sanitario, così non è l'ignoranza, ma è l'uomo ignorante che si rivolge al sapiente. Questo è il punto.

Perciò, quando chiedo aiuto, io chiedo nel frammento (piccolo o grande, lieve o grave) il tutto: perfezione e felicità. Per questo possiamo affermare che la malattia - al contrario di quanto alcuni sostengono - tocca e colpisce gli strati più profondi della personalità perché, per quanto sia lieve, mette in moto la domanda sul senso. Sempre per esemplificare, al paralitico Gesù non dona innanzitutto la salute, ma la salvezza:

“i tuoi peccati ti sono rimessi”. La logica è qui capovolta, perché nel tutto viene sanato anche il frammento: “alzati, prendi il tuo lettuccio e cammina” (Mc. II, 5-9).

Insomma, nessun uomo chiede solo di guarire, ma chiede anche di conoscere il senso della vita e di entrare in possesso della vera felicità. Per questo la malattia è una occasione preziosa che non può essere sprecata, riducendola a semplice problema, eliminando da essa l'aspetto di mistero.

L'aiuto tarda a venire: nascono la sofferenza e una possibile guarigione dall'autosufficienza

Ma - spesso capita - l'aiuto può tardare ad arrivare. In questo caso si verificano due conseguenze.

La prima consiste in una domanda di senso (sull'origine e sul perché) del dolore... perché proprio a me?, perché proprio a te, amore mio? Con questa domanda di senso il *dolore* diviene *sofferenza umana* propriamente detta. Il dolore è ciò che ci capita addosso; la sofferenza è la coscienza della contraddizione che c'è tra la nostra richiesta di perfezione, di felicità e di amore e la privazione di tutto questo operata dal male che ci sbocconcella. Se il male ed il dolore arrivano improvvisi, la sofferenza è invece opera di riflessione e di ascolto, è tendere l'orecchio al “lavoro di lima”¹² che il dolore compie dentro di me, momento dopo momento. La sofferenza non la si beve d'un fiato, si centellina istante dopo istante. Inoltre, mentre il dolore riguarda l'istante presente, la sofferenza, proprio perché è riflessiva, spande la sua potenza sul passato e sul futuro, unificando in un solo atto l'intera nostra esistenza. Così, il malato nel letto del suo dolore è paralizzato; nel letto della sua sofferenza, invece, ragiona del tempo passato, ne fa memoria e ne soffre, e ragiona del tempo futuro: fantastica, progetta... e ne soffre.

La seconda conseguenza può sembrare paradossale: mentre sono ferito e soffro, è possibile che io sia *guarito da una illusione*, quella dell'*autosufficienza*. Questa è una grande cosa.

DUE OPPOSTE INTERPRETAZIONI: LA CREDENTE E L'ATEA

Però, questa possibile guarigione dall'illusione può prendere due strade: quella dell'affidamento nella fede alle altre persone, a Dio, al mistero; oppure quella dello scandalo provocato dal dolore.

Lungo la prima strada, più o meno in tutte le culture del mondo, per spiegare il dramma del male e della sofferenza vengono messi in relazione Dio e la libertà umana e quindi si fa appello a una oscura colpa originaria o, più giustamente, al peccato originale che coinvolge l'intero genere umano e, poi, si parla di una redenzione operata da Dio. Ma non si deve credere che la fede in Dio risolva magicamente il mistero della sofferenza; anzi, si deve dire che si è sempre di fronte a una lotta, quando si tratta di *comprendere*. Scriveva Simone Weil:¹³

Provo uno strazio che si aggrava senza tregua, a un tempo nell'intelligenza ed al centro del cuore per l'incapacità in cui mi trovo di pensare insieme nella verità il dolore degli uomini, la perfezione di Dio e il legame fra le due cose.

Lungo la seconda strada, quella prodotta dallo scandalo, dal rifiuto, nascono due cammini distinti ma paralleli. Entrambi sorgono da questa considerazione: il mondo è senza Dio ed è governato dal caso e dunque, in ultima istanza, dalla necessità,

perché “a chi la tocca, la tocca”, per via di un destino assurdo e cieco e, a ben vedere, necessario, appunto. Al caso, infatti, non si sfugge e, soprattutto, nel mondo regolato dalla necessità del caso, che è senza Dio, non vi è nessuno a cui chiedere conto di ciò che mi tocca.

L'autoerotismo

Ma andiamo più a fondo. A queste due letture del male e della sofferenza, che per brevità possiamo definire *atea* e *credente*, corrispondono due fondamentali proposte pratiche di soluzione che io definisco *autoerotica* e *eteroerotica*. In queste definizioni emerge la relazione fondamentale che vi è tra l'amore (Fichte), la ricerca della felicità (sant'Agostino), da una parte, e il male, il dolore e la sofferenza, dall'altra. Anzi, diciamo meglio: tra l'Amore che rende felici e il male, inteso come privazione di quell'Amore, male che quindi rende non-felici (infelici), cioè sofferenti.

Ora, nella linea atea l'eros, l'amore come desiderio bruciante di perfezione e di felicità, non si ammette che venga soddisfatto da un altro, ma si ritiene che debba essere auto-soddisfatto dall'uomo stesso. Per questo parlo di autoerotismo.

Perché ciò abbia successo, occorre che il mistero sia ridotto a semplice problema. Se vi è ignoranza, essa è solo contingente e provvisoria. Infatti nel motto “La verità vi farà liberi”¹⁴ per “verità” si intende quella prodotta dalla mente umana. Si tratta della “gnosi”, la conoscenza umana intesa come arma vincente, sia sul piano teorico sia su quello pratico: “conoscere è potere” (diceva al principio del secolo XVII Francesco Bacone). Perciò... pazienza e tempo: se l'uomo non ha ancora elaborato l'equazione perfetta con la quale estendere il proprio dominio sulla Terra e su se stesso, pazienza e tempo. “Dio - secondo un'espressione ironica e critica, molto penetrante, di Edmund Husserl - è l'uomo infinitamente lontano”¹⁵: anche se ora non è manifesto, saremo dio, necessariamente, sicuramente, un domani.

In questa ottica, però, nella storia dell'umanità, e specialmente nel mondo occidentale, si è verificata una schizofrenia antropologica: l'uomo è stato diviso in due, anima (spirito) e corpo (bios, psiche) e ora si tenta di salvare la prima, abbandonando l'altro, ora si tenta di salvare il secondo, tralasciando la prima (o dichiarandone la non esistenza). Così - e partiamo dall'approccio più antico - vi è un intervento pneumatologico, spiritualistico, platonico-buddistico (semplificando e mettendo insieme sistemi di pensiero molto diversi), in cui si abbandona il corpo al nulla, ma si salva l'anima, mediante una ascesi, una terapia dello spirito ben auto-condotta. Vi è poi, soprattutto (lo ripeto) nel mondo occidentale, nella società moderna, di massa, tecnologica, consumistica, il tentativo di salvare il soma e la psiche, ma non lo spirito. Si tratta di un progetto scientifico-tecnologico integrale che, secondo le intenzioni dei suoi autori, dovrebbe sconfiggere definitivamente il male (politico, economico, morale, fisico). Di qui le utopie della società perfetta (Marx, ma non solo), e della salute perfetta. Cosa vi è di meglio che trasferire il concetto di durata, proprio della fisica moderna, in medicina e operare l'infinitizzazione dell'esistenza presente e l'eternità del finitissimo corpo attuale? Lo pensava già a fine Ottocento Claude Bernard (Saint Julien 1813-Parigi 1878), il padre della medicina sperimentale¹⁶: la morte sarà sconfitta; lo pensano molti tra i padri del progetto “genoma”; lo ritengono possibile i sostenitori dei trapianti a oltranza, magari effettuati grazie al proprio clone; è la teoria che sostiene il

consumismo (consumismo = appropriarsi di mezzi tecnici sempre più avanzati), quello salutista in particolare.

La malattia e la morte, in questa ottica, sono solo incidenti di percorso: verrà il giorno in cui l'uomo finito sarà eterno! Ma finora questi tentativi hanno dato luogo a un duplice fallimento: al riduzionismo antropologico (non ci si cura che di una parte dell'uomo) ed all'occultazione della sofferenza: emarginazione del sofferente e rimozione degli innumerevoli morti (accidentali, forse, per la politica e per la medicina, ma pur sempre morti).

Ma se anche l'uomo riuscisse, con le sue sole forze, a costruire un mondo in cui la felicità è assicurata per ogni uomo e il dolore è debellato, chi sarebbe comunque in grado di rendere ragione del dolore passato, delle vite perse nel tentativo di perseguire questa "armonia finale immanente"? Nei *Fratelli Karamazov* di Dostoevsky persino il Grande Inquisitore (colui che si oppone a Gesù Cristo) riconosce che "la nostra opera è soltanto agli inizi [...] dovremo aspettare a lungo perché sia completata, e la terra ha ancora molte sofferenze da patire"¹⁷. Perché si dovrebbero legittimare tutte queste sofferenze? Solo perché un giorno si realizzerà il paradiso in Terra? L'utopia laicizzata di Isaia?

E l'assurdità giunge sino all'aborto ed all'eutanasia attiva: l'uomo è signore della vita e della morte: dispone della vita altrui e della propria, di quest'ultima, se non nel suo nascere, nel suo perdurare.

Piuttosto che l'*ybris* prometeica, che riduce lo spessore di mistero dell'uomo e l'ampiezza della sua perfezione e felicità, meglio lo scetticismo tragico di Ivan Karamazov:¹⁸

Io dichiaro in anticipo che la verità tutta non vale un prezzo così alto [la sofferenza, soprattutto dei bambini]. Hanno fissato un prezzo troppo alto per l'armonia; non possiamo permetterci di pagare tanto per accedervi. Pertanto mi affretto a restituire il biglietto d'entrata. E se sono un uomo onesto, sono tenuto a farlo al più presto. E lo sto facendo. Non che non accetti Dio, [...] gli sto solo restituendo, con la massima deferenza, il suo biglietto.

L'eteroerotismo

Veniamo ora alla seconda risposta pratica, quella eteroerotica. In essa si pone per certo che l'eros (il desiderio di amore, di perfezione, di felicità) non trova in me, nell'uomo, il suo fine, il suo significato e nemmeno lo strumento, l'autore del suo appagamento; lo trova in un Altro: il Dio di cui parlano le grandi religioni dell'umanità.

Oggi però alcuni sostengono che l'opzione religiosa sia irrazionale, perché chi crede non si cura di rispondere alle obiezioni atee e, in ultima istanza, non prova neppure a difendere le cosiddette verità della sua fede. In fondo, dunque, ai credenti interessa trovare nella religione un farmaco che dia la forza di vivere: che sia efficace, salutare o meno, non importa; insomma, la religione è giudicata dagli atei ed è vissuta dai credenti come un "dado di senso per il brodo dell'esistenza".¹⁹

L'obiezione in realtà è vecchia; senza retrocedere troppo nel tempo, è sufficiente guardare all'Ottocento, a Schopenhauer che definiva la religione un "contravveleno alla certezza della morte"²⁰, a Marx per il quale era "oppio dei popoli"²¹ e, infine, a Nietzsche che ne parla come di una "forma di sottomissione al male"²².

In questo gli atei hanno ragione: se la fede in Gesù Cristo unico vero Dio e unico vero redentore dell'umanità, consistesse solo in un semplice sentimento, un

contravveleno oppiaceo al mal di vivere, essa sarebbe inutile, anzi dannosa. Aggrapparsi ad un'ancora di salvezza fradicia non strappa alla morte: affonderemmo assieme ad essa.

In questo però hanno torto: il cristianesimo è sempre stato pensato e vissuto dagli autentici credenti come la *religione vera*, la *religione del Dio d'amore*, del Dio che dà la felicità. Perciò, sia pure in modo estremamente sintetico, a causa del carattere di questo mio intervento, esibisco alcuni motivi di ragionevolezza della fede cristiana.

Il primo motivo è frutto di una onestà intellettuale. Se si ammette che l'ultima parola sulla Terra spetta alla morte²³, non vi sono che due strade da percorrere: 1) quella dell'ostinazione autoerotica che, esclusa l'utopia del "Dio è l'uomo infinitamente lontano" come irrealista ed irrazionale, termina ineluttabilmente nel nichilismo: non c'è verità, tutto è assurdo, il domani è già nell'oggi, ecc.; ma il male senza possibilità di redenzione è orrendo e se si pensa veramente che le cose stiano così, non resta che la pazzia o il suicidio²⁴; 2) quella dell'umile affidamento eteroerotico che consiste nel "consegnare se stessi" a chi possiede verità e potere: al medico e, perché no?, al Dio che i filosofi hanno provato esistente e che la rivelazione ha fatto conoscere in Gesù Cristo. Insomma, spiegandomi con un esempio, è più realistico e più ragionevole per un alpinista che si trova in difficoltà, appeso a una parete a picco, ostinarsi a volere fare da solo oppure affidarsi al maestro che viene a salvarlo?

Il secondo motivo è frutto di una considerazione storico-culturale. La nostra pratica politica (e per "nostra" qui si intende l'Europa, l'Occidente) è rispettosa del valore della persona: diritti del singolo, dei popoli, democrazia, diritti dei malati, eccetera. Ebbene, se si fosse onesti come lo era Benedetto Croce, che peraltro si proclamava non-credente, si deve ammettere che è il cristianesimo ad *avere umanizzato-divinizzato l'umanità*: e non altre religioni, altre culture²⁵. Ma, irrealisticamente ed irrazionalmente, oggi molti tentano di sganciare i valori della persona dalla loro origine cristiana; risultato: i valori perdono efficacia. Non è allora più realistico e più razionale chiedersi quale nesso lega i valori della persona a Gesù Cristo?

Il terzo motivo rivela la ragionevolezza della fede nel fatto che essa è la conclusione naturale dell'eros, del desiderio che un Altro completi e renda perfetta la mia umanità, non solo dicendo la mia verità di uomo, ma anche operando con potenza in me questa verità, cioè facendomi libero: *felice*. Qui "la verità vi farà liberi" non è più *ybris* gnostico-scientistico-tecnologica, ma è appunto fede nell'Altro: non è il "fai da te", ma è l'affidamento a un altro che possiede la verità, almeno in parte, ed ha potenza per farla essere nelle cose (l'insegnante che mi trae dall'ignoranza al sapere, il medico che mi toglie la malattia e mi dà la salute), o nell'Altro che è la verità ed è onnipotente. Platone aveva intuito tutto ciò, quando scriveva che navigheremmo il mare della vita più sicuramente, se potessimo affidarci non tanto ai frutti della nostra ragione, quanto piuttosto a una "divina rivelazione".²⁶

E qui sta il cuore della fede: non sono io che do inizio all'atto di fede, ma è un altro che *per grazia*, cioè con un atto suo proprio, libero e sovrano, mi chiama, mi interpella e suscita in me attenzione e mi provoca a rispondere con un sì o con un no. E anche questo modo di pensare non è irrazionale, anzi è ragionevole. Tutta l'esistenza lo testimonia: chi di noi, poniamo, prima di mangiare, la sera, a casa, analizza chimicamente il cibo per assicurarsi che non sia avvelenato? Mangiamo, semplicemente perché abbiamo fede; meglio: le persone che ci amano ed amiamo

suscitano la nostra fede: non conosco (scienza) la salubrità del cibo, ma “ti credo”. Occorre notare qui due punti importanti: 1) la fede è indissolubilmente legata all’amore, 2) non si può accogliere la verità di fede senza accogliere (senza credere-amare) colui che la propone: credo in te e per questo credo in ciò che mi dici.

La fede è dunque un affare serio, che mette in moto la nostra ragione e la nostra libertà: pur vedendo che è ragionevole credere, non si è mai costretti a credere. Non a caso san Paolo congiungeva il rapporto tra Cristo e la Chiesa e il rapporto tra lo sposo e la sposa. Tutto testimonia che è ragionevole sposarti, ma nulla mi costringe a farlo. Niente di più assurdo di un amore necessitato, l’amore è libero: ti credo e dunque mi affido a te (sposare significa “consegnarsi” e “accogliere” l’altro che si consegna). Per questo *l’amore è l’altro nome della fede*, della fede autentica: “dimmi ciò che tu ami davvero ... e mi avrai rivelato la tua vita” (Fichte).

Per questo, nell’amore-fede sono “svelati i pensieri di molti cuori”²⁷. Infatti diventa palese se un uomo si ostina nell’*ybris* autoerotica oppure eteroeroticamente si affida e decide di “vivere con”: vogliamo fare da soli o c’è un altro che ci guarisce?. Non c’è alcuna garanzia scientifica, nessuna soluzione di problema, ma mistero che, per essere conosciuto, necessita di un mio coinvolgimento personale: ne va della mia vita. L’amore-fede è cosa forte per uomini forti: è un rischio; si entra nell’amore-fede come varcando l’oceano per porre piede su di un nuovo continente. Non è un video gioco (si prova, si conclude, si torna al punto di partenza), non è come la reversibilità della fisica moderna. Nell’amore-fede si vive sperimentando su di sé: e la cosa ti cambia, profondamente, come è chiaro nel matrimonio.

La sofferenza è un nome dell’amore

Ora è ben strano, ma non c’è fede-amore senza sofferenza!

È vero che il dolore capita addosso non voluto, ma è altrettanto vero che noi mettiamo in conto ed accettiamo la sofferenza²⁸ a certe condizioni: mai direttamente, per se stessa, il che sarebbe masochismo.

Innanzitutto la sofferenza è accettata come *prova* dell’amore e della fede: quale innamorato non soffre per amore, non foss’altro che per l’assenza, temporanea, dell’amata? Poi la sofferenza è accettata come *redentiva*: il fatto che l’amata dice la verità circa un errore, una colpa compiuti dall’amato, fa soffrire, ma aiuta pure a crescere (non diversamente dalla verità detta dal medico). Infine la sofferenza è voluta come *sostitutiva* (si accetta di soffrire “in vece” di altri, in tutto o in parte): il medico e l’infermiere che si prodigano per i malati, perdendo forze e sonno; il martire che dà la propria vita per salvare, se possibile, quella di altri uomini (Salvo D’Acquisto, Padre Kolbe, ...).

Insomma, tutti coloro che accettano la vita e per ciò stesso amano, più o meno profondamente, accettano di soffrire: *vivere è insieme amare e soffrire*.

Così nella sofferenza la persona che ama non chiede solo amore, ma dà anche amore; in lei vivono simultaneamente l’amore bisogno, l’amore erotico (ho bisogno di te per essere) e l’amore dono, l’amore carità (eccomi, sono per te).

Per questo è giusto notare che il verbo latino *sufferre* non significa semplicemente *soffrire*, ma in primo luogo *portare su di sé, sopportare* e, in secondo luogo, *presentare, offrire*. Perciò l’uomo che soffre sopporta i mali e il dolore del mondo non da solo, ma con gli altri e con l’Altro (il mistero, Dio) e offre questo suo soffrire che, come visto, è un amare. Perciò scriviamo in modo diverso ma quasi con

significato identico: *soffrire-s'offrire* (offrire se stessi)²⁹.

LA SOFFERENZA COME LAVORO

Poiché la sofferenza è indisciungibile dall'amore, essa si trova al tempo stesso indissolubilmente unita al lavoro, perché lavoro è il nome dell'amore considerato nel suo dispiegarsi nei giorni della storia come costruzione di un'opera perfetta.

Il lavoro coinvolge il sofferente e coloro che, a vario titolo, lo assistono. Entrambi si troveranno a combattere il male e il dolore nel tentativo di ridurli o addirittura di eliminarli e, simultaneamente, a valutare la sofferenza come un bene arduo ma prezioso. Infatti, poiché nonostante tutti gli sforzi (politici, economici, medicali, ecc.) male e dolore non vengono sconfitti, sorge il grande problema: come trarre forza dalla debolezza? Come trarre valore da una menomazione (fisica, psichica, morale, economica, ecc.)? Solo un grande lavoro, molto lungo e faticoso, può individuare la positività della sofferenza e scoprire la grande dignità dell'uomo che soffre.

In primo luogo ogni uomo può trasformare in *prestazione positiva*³⁰ il dolore che gli cade addosso e che magari si pietrifica in una condizione irreversibile ed immutabile. Nessuno vuole liberamente essere internato in un lager e nessuno vuole liberamente contrarre una grave malattia. Tutti però possono, a cose ormai accadute, assumere su di sé questa croce. Ciò però può avvenire solo mediante una decisione cosciente e libera. Da questo punto di vista, la sofferenza è sempre volontaria: se non giudico che vi è un bene, che è superiore alla mia infermità, per il quale vale la pena vivere, e se non aderisco liberamente a questo mio giudizio, allora sarò costretto a patire senza essere in grado di fare scaturire qualcosa di buono dal mio stato di uomo sofferente, malato o imprigionato. Non si può pensare a un automatismo del tipo "più sofferenza, più amore, più fede"; anzi, come detto, la sofferenza può condurre al rifiuto, alla sterilità del nichilismo. La malattia non santifica automaticamente il paziente: occorre che liberamente l'accetti e la porti su di sé come prova. E questo, come detto, è un lavoro faticoso che richiede tempo, tanto tempo.

In secondo luogo, se è stato deciso di assumere su di sé la propria sofferenza, essa può trasformarsi in un valore di *crescita*: nella infermità scopro in me nuove forze, prima insospettate, per affrontare la vita.

In terzo luogo, infine, si compie una *maturazione* della mia persona. Vinco la disperazione consistente nel non volere essere me stesso, di volere essere un altro. Pur limitato, menomato, non cambierei la mia esistenza con quella di nessun altro, perché nella sofferenza ho compreso che vale di più questa vita, di una esistenza spensierata: nel "lasciarsi vivere" dell'effimero non si comprende il senso della vita e della morte, che solo è accessibile nella sofferenza. Non esiste nessuna testimonianza che possa smentire questa affermazione.

Per tutti questi motivi l'uomo che liberamente porta su di sé la sofferenza è posto come su di un trono: dall'artista che nella passione della mente e del cuore genera il bello, all'operatore sanitario che consuma i suoi giorni nella cura dei malati, al malato stesso, a colui che è colpito nei modi più diversi dal dolore; tutti indicano con la loro vita che vale la pena vivere.

Il lavoro degli operatori sanitari

Questo processo, che è al tempo stesso di salute e di salvezza dell'uomo, può avvenire unicamente in una comunità solidale perché, come abbiamo visto,

sofferenza ed amore sono indisgiungibili, almeno su questa Terra. Per sconfiggere l'angoscia, quella vera, non basta la ragione. La ragione, semmai, può sconfiggere la paura: possiamo infatti farci una ragione di questo o quell'agente che mi turba ed aggredirlo come si aggredisce un problema. Ma l'angoscia non è timore di questo o di quello, è timore del nulla e non ci si può fare una ragione del nulla perché - e ciò è tremendo - il nulla non è. Posso farmi una ragione dei motivi che mi condurranno alla morte, ma non della morte in sé, quando la intendo come il mio *non essere più*: è semplicemente impensabile, tant'è che, se ci penso e ne fantastico, è perché ancora esisto!

Perciò l'angoscia è tolta soltanto se appare qualcuno che ti assicura che il nulla, nel quale temi di precipitare, è solo apparente, soltanto se questo qualcuno è in grado, per così dire, di vanificare quel nulla e di riempire la tua vita con la sua presenza. Così è la mamma per il bimbo che prende sonno: dammi da bere...; così è il parente per il morente ancora cosciente: stringimi la mano...; così è il Padre rivelatoci da Gesù per ogni uomo: un'infinita misericordia già ora, nella sofferenza. Quindi sono vani tutti quei tentativi di sostenere il sofferente, il malato, solamente con anonime tecniche psico-sociologiche. Il malato ha bisogno di compagnia: di uomini e di donne e di un Dio Emmanuele, cioè che sia con lui, un Dio da pregare ed al quale affidarsi.

Insomma, l'operatore sanitario è chiamato ad essere di conforto e di testimonianza per il malato. Si badi bene: la sua condivisione non deve scadere nell'identificazione; l'operatore deve essere di esempio di un vivere vigoroso, non si deve fare timoroso con i timorosi, malato con i malati, perché grande esempio per il malato è il sano che lo *su-porta* e lo presenta, accompagnandolo, al mistero della vita (*sufferre* = portare su di sé, presentare). E fa questo preservando dal male, guarendo: fin che è possibile, con coraggio e perseveranza. E, sia quando si adopera con successo, sia quando la crudeltà del male gli sbatte in faccia la sua impotenza a guarire, egli deve aiutare il malato a trovare il senso della vita. Il sofferente, infatti, chiede contemporaneamente salute e salvezza. Non è forse per questa assenza colpevole che parte della cosiddetta *Sanità* è disumanizzante?

Le considerazioni ora fatte conducono a rifiutare la figura del medico burocrate, del medico semplice tecnico, del medico anonimo che si contrappone nella sua linda pulizia al malato ferito, piagato. Il medico è innanzitutto uomo con gli uomini: il malato, i parenti. E il discorso vale anche per gli altri operatori sanitari. Non è facile, ciò rompe certe abitudini della società, richiede che anche gli operatori sanitari non siano lasciati soli. Infatti ciascuno di essi è, per così dire, un "salvatore che ha bisogno di essere salvato" ("medico, cura te stesso"): è fragile, non possiede un sapere che lo ponga al sicuro da errori, non è infallibile nel decidere e nell'operare, e nel malato e nel morente vede un'icona di se stesso. Scriveva Viktor Frankl: "*Docendo discimus, consolando consolamur*" (insegnando impariamo, consolando siamo consolati). Ed è significativo quel passaggio dal verbo attivo (*discimus*) a quello passivo (*consolamur*), perché nel consolare è colui che viene da noi consolato che ci consola, ci è di conforto con la sua comprensione, accettazione e offerta.

Perciò credo che il grande problema della sanità oggi non consista tanto nell'acquisizione di nuove tecniche, fossero anche orientali, quanto piuttosto nel recupero di umanità. Bisogna sapere coniugare scienza-tecnica e sapienza, efficienza e cura solidale: non è facile, ma è possibile.

In conclusione: il male e la sofferenza sono una sfida teorica e soprattutto pratica che solo una comunità vivente può affrontare; allora apparirà che nel portare a

compimento il senso della sofferenza realizziamo ciò che di più umano c'è in noi.

¹ Tutti sanno che il bambino gattona, l'uomo adulto cammina eretto e il vecchio si trascina appoggiandosi a un bastone.

² Cit. in G. HOURDIN, *Simone Weil*, Roma, Borla, 1992.

³ AGOSTINO, *De civitate Dei*, X, 1.

⁴ TOMMASO, *Pot.* 5, 1, obj. 16.

⁵ TOMMASO, *Pot.* 5, 1 ad 16.

⁶ Il suicida, togliendosi la vita, afferma che la vita non è degna di essere vissuta, e non lo è, proprio perché egli ha un alto ideale della vita che, confusamente, vuole affermare sopprimendo l'esistente visto come difettoso, mancante d'essere.

⁷ J.G. FICHTE, *Anweisung zum seligen Leben*, lez. I.

⁸ Non si confondano i termini "privazione" e "negazione. Se dico: "il sasso non è intelligente", sono di fronte a una negazione: l'intelligenza è una perfezione che non è dovuta al sasso: e nessuno prova per questo dolore: Se invece affermo: "questo uomo non è intelligente", si tratta di privazione, perché l'intelligenza è una perfezione della natura umana ed esserne privi produce dolore (in chi non ne è del tutto privo e in chi assiste).

⁹ Scrive E. Levinas: "La mia morte non si deduce, per analogia, dalla morte degli altri, essa si iscrive nella paura che posso avere per il mio essere (...) Il carattere imprevedibile della morte dipende dal fatto che essa non si situa in nessun orizzonte. Non si lascia prendere. Mi prende senza lasciarmi la possibilità che lascia la lotta, infatti nella lotta reciproca, io riesco ad afferrare chi mi prende. Nella morte sono esposto alla violenza assoluta, all'omicidio nella notte". LEVINAS E., (1982) *Totalità e infinito*, Milano, Jaca Book, p. 238.

¹⁰ DANTE, *La divina Commedia*, Purgatorio, XXI, 1-3.

¹¹ Questa espressione mi è sempre stata cara e l'ho impiegata per intitolare corsi tenuti presso il Centro Culturale Edith Stein di Verona e presso la sede bresciana dell'Università Cattolica già alla fine degli anni '80; cfr. G. COLOMBO, *Storia, libertà umana e liberazione*, in «Per la filosofia», n. 14 (1988), pp. 21-31; G. COLOMBO, *Conoscenza dell'uomo e teologia*, in «Per la filosofia», n. 19 (1990), pp. 17-25; G. COLOMBO, *La salvezza nell'Essere che è Parola e Azione. Riflessioni sull'"Esercizio del cristianesimo" di S. Kierkegaard*, in «Per la filosofia», n. 40 (1997), pp. 61-69. Il concetto di "salus" come unità di salute e salvezza totale dell'uomo, considerato nella sua unità di corpo e spirito, è spiegato in modo efficace ed approfondito per le sue implicazioni mediche nel libro di A. SCOLA, *Se vuoi, puoi guarirmi*, Siena, Ed. Cantagalli, 2001, pp. 7-14.

¹² Cfr. S. WEIL, *L'amore di Dio*, Roma, Borla, 1979, p. 163: "quando il pensiero è costretto dal dolore fisico anche leggero a riconoscere la presenza della sofferenza, *malheur*, infelicità, si verifica in noi uno stato violento simile a quello di un condannato a morte costretto a guardare per alcune ore la ghigliottina con cui gli taglieranno il collo". Cfr. anche P. CLAUDEL, *Lettera sul dolore, Dialogues avec la souffrance*, a cura di S. Fouché, Paris, Editions Spes, 1946. A Claudel dobbiamo l'espressione "lavoro di lima".

¹³ G. HOURDIN, *Simone Weil*, cit.

¹⁴ Gv., 8, 32.

¹⁵ E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, Garzanti, 1961, p. 93.

¹⁶ C. BERNARD, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Milano, Feltrinelli, 1975 (orig. Paris, 1865).

¹⁷ F.M. DOSTOEVSKY, *I fratelli Karamàzov*, Milano, Garzanti, 1999, p. 357.

¹⁸ F.M. DOSTOEVSKY, *I fratelli Karamàzov*, cit., pp. 339-340.

¹⁹ Cfr. P. FLORES D'ARCAIS, *Dio esiste?*, in «Micromega», 2 (2000), pp. 17-40; ecco la cit. completa a p. 28: in «[...] la religione non ritiene più necessario replicare alle obiezioni scettiche e atee contro le verità della sua fede. Con ciò smette però di custodirle come verità (anche) di ragione, benché tali continui a proclamarle. Se si può permettere questa mossa di noncuranza, tuttavia, è solo perché il contenuto di verità di qualsiasi convinzione o "concezione" o "fede" sembra oggi non interessare più l'uomo medio che pure le pratica e fruisce. E meno che mai sembra interessare la cultura postmoderna (che in realtà è piuttosto la cultura della "modernità elusa, dell'illuminismo rimosso, del disincanto

tradito, della cittadinanza eclissata) attenta soprattutto alla capacità delle fedi di conferire senso alla vita. Al “dare sapore” (di contro a ogni *vero* sapere). Le fedi come dado di senso per il brodo dell'esistenza. »

²⁰ A. SCHOPENHAUER, *Il mondo come volontà e rappresentazione*, Bari, Laterza, 1968, p.p. I par., 54; II par., 41.

²¹ Cfr. K. MARX, *Critica della filosofia del diritto di Hegel. Introduzione*, in K. MARX-F. ENGELS, *Opere complete*, III, a cura di N. Merker, Roma, Editori Riuniti, 1976-1991, p. 91: per Marx la religione è “l'espressione di reale bisogno e la protesta contro il reale bisogno”; essa esprime cioè “il sospiro della creatura oppressa”, è “il cuore di un mondo senza cuore”, “lo spirito di una situazione priva di spirito”, “il fondamento universale di consolazione e giustificazione”. Ma la liberazione che la religione dà al bisogno è falsa: funziona come una sostanza stupefacente: illude, non salva, anzi peggiora la condizione esistenziale: è “oppio dei popoli”.

²² F. NIETZSCHE, Frammento n. 154. Dell'autunno 1887, in *Il caso Wagner Crepuscolo degli idoli. L'Anticristo. Scelta di frammenti postumi 1887-1888*, a cura di G. Colli, M. Montinari, Milano, Mondadori, 1975, p. 289.

²³ Scrive Romano Guardini: “Siamo “vulnerabili” alla “ spietatezza stessa dell'esistenza. Quel che ferisce è per l'appunto quel che nella vita vi è d'ineluttabile; la sofferenza, diffusa dovunque; la sofferenza degli inermi e dei deboli; la sofferenza degli animali, della creatura muta ... Il fatto che non vi si può cambiar nulla, che non si può toglierla di mezzo. Così è, e così sarà. E qui che sta la gravità della cosa. Feriscono le miserie dell'esistenza, ferisce il fatto che sia molto spesso tanto brutta, così piatta ...” (R. GUARDINI, *Ritratto della malinconia*, Brescia, Morcelliana, 1993, p. 37).

²⁴ Aristotele affermava che vi è una grande differenza tra il *dire* e il *pensare* (posso tranquillamente dire di essere un elefante, ma se lo pensassi,... si aprirebbero per me le porte del manicomio!). Perciò un conto è dire che la vita non ha un senso (non c'è nessuna verità) e un conto è pensare, cioè diventare una cosa sola con questo pensiero: non c'è verità, non c'è senso. Ma, se davvero non ci fosse verità, non potrei neppure sapere come mi chiamo, chi sono io. Martin Heidegger è di questo parere: “Lo scettico, se è effettivamente nel modo della negazione della verità, non ha neppure bisogno di essere confutato. In quanto è e si è compreso in questo essere, esso ha dissolto l'Esserci [cioè se stesso], e con esso la verità, nella disperazione del suicidio.” (*Essere e tempo*, par. 44).

²⁵ Nel 1942 nella sua rivista, “La critica”, Benedetto Croce pubblicava il saggio *Perché non possiamo non dirci cristiani*: si noti la doppia negazione; *oborto collo*, ma onestamente, resta solo il cristianesimo contro la barbarie di quel tempo come del nostro.

²⁶ “Perché, insomma, trattandosi di tali argomenti [=immortalità dell'anima], non c'è che una cosa sola da fare di queste tre; - o apprendere da altri dove sia la soluzione, - o trovarla da sè, - oppure, se questo non è possibile, accogliere quello dei ragionamenti umani che sia, se non altro, il migliore, e, lasciandosi trarre su codesto come sopra una zattera, attraversare così, a proprio rischio, il mare della vita; salvo che uno non sia in grado di fare il tragitto più sicuramente e meno pericolosamente su più solida barca, affidandosi a una divina rivelazione.” (*Fedone*, 85 C D).

²⁷ Lc. 2, 35.

²⁸ In verità ciò che cade addosso non voluto (cioè fuori dell'atto libero) è solo il dolore come atto psichico; la sofferenza, poiché implica riflessione, è sempre, al tempo stesso, un atto della ragione e della volontà. Quindi anche da questo punto di vista la sofferenza è sempre volontaria: devo *volere riflettere* su ciò che mi accade.

²⁹ Vedi anche G. COLOMBO, *L'ermeneutica del dolore come sofferenza umana. Pensare nella fede*, in «Per la filosofia», anno VIII, n. 22 (1991), pp. 63-78.

³⁰ Cfr. su questa parte V. FRANKL, *Uno psicologo nel lager*, trad. It. Milano, Ares, 1982 (orig. 1946). AA.VV., *Chi ha un perché nella vita. Teoria e pratica della logoterapia*, Roma, LAS, 1993.

APPENDICE.

LETTERA APOSTOLICA “SALVIFICI DOLORIS” DI GIOVANNI PAOLO II (BRANI SCELTI)

“Completo nella mia carne - dice l'apostolo Paolo spiegando il valore salvifico della sofferenza - quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa”. Queste parole sembrano trovarsi al termine del lungo cammino che si snoda attraverso la sofferenza inserita nella storia dell'uomo e illuminata dalla parola di Dio. Esse hanno quasi il valore di una definitiva scoperta, che viene accompagnata dalla gioia; per questo l'Apostolo scrive: “Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi” (Col 1,24). La gioia proviene dalla scoperta del senso della sofferenza, e una tale scoperta, anche se vi partecipa in modo personalissimo Paolo di Tarso che scrive queste parole, è al tempo stesso valida per gli altri.

Il tema della sofferenza è un tema universale che accompagna l'uomo ad ogni grado della longitudine e della latitudine geografica: esso, in un certo senso, coesiste con lui nel mondo, e perciò esige di essere costantemente ripreso. Anche se Paolo nella lettera ai Romani ha scritto che “tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto” (Rm 8,22), anche se all'uomo sono note e vicine le sofferenze proprie del mondo degli animali, tuttavia ciò che esprimiamo con la parola “sofferenza” sembra essere particolarmente essenziale alla natura dell'uomo. Ciò è tanto profondo quanto l'uomo, appunto perché manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, ed a suo modo la supera. La sofferenza umana desta compassione, desta anche rispetto, ed a suo modo intimidisce. In essa, infatti, è contenuta la grandezza di uno specifico mistero.

IL MONDO DELL'UMANA SOFFERENZA

Si sa che la medicina, come scienza ed insieme come arte del curare, scopre sul vasto terreno delle sofferenze dell'uomo il settore più conosciuto, quello identificato con maggior precisione e, relativamente, più controbilanciato dai metodi del “reagire” (cioè della terapia). Tuttavia, questo è solo un settore. Il terreno della sofferenza umana è molto più vasto, molto più vario e pluridimensionale. L'uomo soffre in modi diversi, non sempre contemplati dalla medicina, neanche nelle sue più avanzate specializzazioni. La sofferenza è qualcosa di ancora più ampio della malattia, di più complesso ed insieme ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa. Una certa idea di questo problema viene dalla distinzione tra sofferenza fisica e sofferenza morale. L'Antico Testamento, trattando l'uomo come un “insieme” psicofisico, unisce spesso le sofferenze “moralì” col dolore di determinate parti dell'organismo: delle ossa, dei reni, del fegato, dei visceri, del cuore. Non si può, infatti, negare che le sofferenze morali abbiano anche una loro componente “fisica”, o somatica, e che spesso si riflettano sullo stato dell'intero organismo.

Si può dire che l'uomo soffre, allorché sperimenta un qualsiasi male. Nel vocabolario dell'Antico Testamento il rapporto tra sofferenza e male si pone in evidenza come identità. Quel vocabolario, infatti, non possedeva una parola specifica per indicare la “sofferenza”; perciò definiva come “male” tutto ciò che era sofferenza. Solamente la lingua greca e, insieme con essa, il Nuovo Testamento (e le versioni greche dall'Antico) si servono del verbo “pascho” = “sono affetto da..., provo una sensazione, soffro”; e grazie ad esso la sofferenza non è più direttamente identificabile col male (oggettivo), ma esprime una situazione nella quale l'uomo prova il male e, provandolo, diventa soggetto di sofferenza. Questa invero ha, a un tempo, carattere attivo e passivo (da “patior”). Perfino quando l'uomo si provoca da solo una sofferenza, quando è l'autore di essa, questa sofferenza rimane qualcosa di passivo nella sua essenza metafisica.

Pensando al mondo della sofferenza nel suo significato personale ed insieme collettivo, non si può, infine, non notare il fatto che un tal mondo, in alcuni periodi di tempo e in alcuni spazi dell'esistenza umana, quasi si addensa in modo particolare. Ciò accade, per esempio, nei casi di calamità naturali, di epidemie, di catastrofi e di cataclismi, di diversi flagelli sociali: si pensi, ad esempio, a quello di un cattivo raccolto e legato ad esso - oppure a diverse altre cause - al flagello della fame. Si pensi, infine, alla guerra.

ALLA RICERCA DELLA RISPOSTA

All'interno di ogni singola sofferenza provata dall'uomo e, parimenti, alla base dell'intero mondo delle sofferenze appare inevitabilmente l'interrogativo: perché? È un interrogativo circa la causa, la ragione, ed insieme un interrogativo circa lo scopo (perché?) e, in definitiva, circa il senso. Esso non solo accompagna l'umana sofferenza, ma sembra addirittura determinarne il contenuto umano, cioè per cui la sofferenza è propriamente sofferenza umana. Ovviamente il dolore, specie quello fisico, è ampiamente diffuso nel mondo degli animali. Però solo l'uomo, soffrendo, sa di soffrire e se ne chiede il perché; e soffre in modo umanamente ancor più profondo, se non trova soddisfacente risposta. Questa è una domanda difficile, così come lo è un'altra, molto affine, cioè quella intorno al male. Perché il male? Perché il male nel mondo?

L'uno e l'altro interrogativo sono difficili, quando l'uomo li pone all'uomo, gli uomini agli uomini, come anche quando l'uomo li pone a Dio. L'uomo, infatti, non pone questo interrogativo al mondo, benché molte volte la sofferenza gli provenga da esso, ma lo pone a Dio come al Creatore e al Signore del mondo. Ed è ben noto come sul terreno di questo interrogativo si arrivi non solo a molteplici frustrazioni e conflitti nei rapporti dell'uomo con Dio, ma capiti anche che si giunga alla negazione stessa di Dio. Se, infatti, l'esistenza del mondo apre quasi lo sguardo dell'anima umana all'esistenza di Dio, alla sua sapienza, potenza e magnificenza, allora il male e la sofferenza sembrano offuscare quest'immagine, a volte in modo radicale, tanto più nella quotidiana drammaticità di tante sofferenze senza colpa e di tante colpe senza adeguata pena.

Nel libro di Giobbe l'interrogativo ha trovato la sua espressione più viva. È nota la storia di questo uomo giusto, il quale senza nessuna colpa da parte sua viene provato da innumerevoli sofferenze. Egli perde i beni, i figli e le figlie, ed infine viene egli stesso colpito da una grave malattia. In quest'orribile situazione si presentano nella

sua casa i tre vecchi conoscenti, i quali - ognuno con diverse parole - cercano di convincerlo che, poiché è stato colpito da una così molteplice e terribile sofferenza, egli deve aver commesso una qualche colpa grave. La sofferenza - essi dicono - colpisce infatti sempre l'uomo come pena per un reato; viene mandata da Dio assolutamente giusto e trova la propria motivazione nell'ordine della giustizia. Si direbbe che i vecchi amici di Giobbe vogliano non solo convincerlo della giustezza morale del male, ma in un certo senso tentino di difendere davanti a se stessi il senso morale della sofferenza. Questa, ai loro occhi, può avere esclusivamente un senso come pena per il peccato, esclusivamente dunque sul terreno della giustizia di Dio, che ripaga col bene il bene e col male il male.

Il punto di riferimento è in questo caso la dottrina espressa in altri scritti dell'Antico Testamento che ci mostrano la sofferenza come pena inflitta da Dio per i peccati degli uomini. Giobbe, tuttavia, contesta la verità del principio, che identifica la sofferenza con la punizione del peccato. E lo fa in base alla propria opinione. Infatti, egli è consapevole di non aver meritato una tale punizione, anzi espone il bene che ha fatto nella sua vita. Alla fine Dio stesso rimprovera gli amici di Giobbe per le loro accuse e riconosce che Giobbe non è colpevole. La sua è la sofferenza di un innocente; deve essere accettata come un mistero, che l'uomo non è in grado di penetrare fino in fondo con la sua intelligenza.

Il libro di Giobbe dimostra con tutta fermezza che, se è vero che la sofferenza ha un senso come punizione, quando è legata alla colpa, non è vero, invece, che ogni sofferenza sia conseguenza della colpa ed abbia carattere di punizione. La figura del giusto Giobbe ne è una prova speciale nell'Antico Testamento. La Rivelazione, parola di Dio stesso, pone con tutta franchezza il problema della sofferenza dell'uomo innocente: la sofferenza senza colpa. Il libro pone in modo acuto il "perché" della sofferenza, mostra pure che essa colpisce l'innocente, ma non dà ancora la soluzione al problema.

Ma per poter percepire la vera risposta al "perché" della sofferenza, dobbiamo volgere il nostro sguardo verso la Rivelazione dell'amore divino, fonte ultima del senso di tutto ciò che esiste. L'amore è anche la fonte più ricca del senso della sofferenza, che rimane sempre un mistero: siamo consapevoli dell'insufficienza e inadeguatezza delle nostre spiegazioni. Cristo ci fa entrare nel mistero e ci fa scoprire il "perché" della sofferenza, in quanto siamo capaci di comprendere la sublimità dell'amore divino.

GESÙ CRISTO: LA SOFFERENZA VINTA DALL'AMORE

"Dio infatti ha tanto amato il mondo che ha dato il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia, ma abbia la vita eterna" (Gv 3,16). Queste parole, pronunciate da Cristo nel colloquio con Nicodemo, ci introducono nel centro stesso dell'azione salvifica di Dio. Esse esprimono anche l'essenza stessa della soteriologia cristiana, cioè della teologia della salvezza. Salvezza significa liberazione dal male, e per ciò stesso rimane in stretto rapporto col problema della sofferenza. Secondo le parole rivolte a Nicodemo, Dio dà il suo Figlio al "mondo" per liberare l'uomo dal male, che porta in sé la definitiva ed assoluta prospettiva della sofferenza.

Ci troviamo qui - occorre rendersene conto chiaramente nella nostra comune riflessione su questo problema - in una dimensione completamente nuova del nostro tema. È dimensione diversa da quella che determinava e, in un certo senso, chiudeva

la ricerca del significato della sofferenza entro i limiti della giustizia. Mentre finora la nostra considerazione si è concentrata prima di tutto e, in un certo senso, esclusivamente sulla sofferenza nella sua molteplice forma temporale (come anche le sofferenze del giusto Giobbe), invece le parole, ora riportate dal colloquio di Gesù con Nicodemo, riguardano la sofferenza nel suo senso fondamentale e definitivo. Dio dà il suo Figlio unigenito, affinché l'uomo "non muoia", e il significato di questo "non muoia" viene precisato accuratamente dalle parole successive: "ma abbia la vita eterna".

L'uomo "muore", quando perde "la vita eterna". Il contrario della salvezza non è, quindi, la sola sofferenza temporale, una qualsiasi sofferenza, ma la sofferenza definitiva: la perdita della vita eterna, l'essere respinti da Dio, la dannazione. Il Figlio unigenito è stato dato all'umanità per proteggere l'uomo, prima di tutto, contro questo male definitivo e contro la sofferenza definitiva. Nella sua missione salvifica egli deve, dunque, toccare il male alle sue stesse radici trascendentali, dalle quali esso si sviluppa nella storia dell'uomo. Tali radici trascendentali del male sono fissate nel peccato e nella morte: esse, infatti, si trovano alla base della perdita della vita eterna. La missione del Figlio unigenito consiste nel vincere il peccato e la morte. Egli vince il peccato con la sua obbedienza fino alla morte, e vince la morte con la sua risurrezione.

Quando si dice che Cristo con la sua missione tocca il male alle sue stesse radici, noi abbiamo in mente non solo il male e la sofferenza definitiva, escatologica (perché l'uomo "non muoia, ma abbia la vita eterna"), ma anche - almeno indirettamente - il male e la sofferenza nella loro dimensione temporale e storica. Il male, infatti, rimane legato al peccato ed alla morte. E anche se con grande cautela si deve giudicare la sofferenza dell'uomo come conseguenza di peccati concreti (ciò indica proprio l'esempio del giusto Giobbe), tuttavia essa non può essere distaccata dal peccato delle origini, da ciò che in san Giovanni è chiamato "il peccato del mondo" (Gv. 1,29), dallo sfondo peccaminoso delle azioni personali e dei processi sociali nella storia dell'uomo. Se non è lecito applicare qui il criterio ristretto della diretta dipendenza (come facevano i tre amici di Giobbe), tuttavia non si può neanche rinunciare al criterio che, alla base delle umane sofferenze, vi è un multiforme coinvolgimento nel peccato.

Con la sua opera salvifica il Figlio unigenito libera l'uomo dal peccato e dalla morte. Prima di tutto egli cancella dalla storia dell'uomo il dominio del peccato, che si è radicato sotto l'influsso dello spirito maligno, iniziando dal peccato originale, e dà poi all'uomo la possibilità di vivere nella grazia santificante. Sulla scia della vittoria sul peccato egli toglie anche il dominio della morte, dando, con la sua risurrezione, l'avvio alla futura risurrezione dei corpi. In conseguenza dell'opera salvifica di Cristo l'uomo esiste sulla terra con la speranza della vita e della santità eterne. E anche se la vittoria sul peccato e sulla morte, riportata da Cristo con la sua croce e risurrezione, non abolisce le sofferenze temporali dalla vita umana, né libera dalla sofferenza l'intera dimensione storica dell'esistenza umana, tuttavia su tutta questa dimensione e su ogni sofferenza essa getta una luce nuova, che è la luce della salvezza.

È questa la luce del Vangelo, cioè della buona novella. Al centro di questa luce si trova la verità enunciata nel colloquio con Nicodemo: "Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito". Questa verità cambia dalle sue fondamenta il quadro della storia dell'uomo e della sua situazione terrena: nonostante il peccato che

si è radicato in questa storia e come eredità originale e come “peccato del mondo” e come somma dei peccati personali, Dio Padre ha amato il Figlio unigenito, cioè lo ama in modo durevole; nel tempo poi, proprio per quest'amore che supera tutto, egli “dà” questo Figlio, affinché tocchi le radici stesse del male umano e così si avvicini in modo salvifico all'intero mondo della sofferenza, di cui l'uomo è partecipe.

Nella sua attività messianica in mezzo a Israele Cristo si è avvicinato incessantemente al mondo dell'umana sofferenza. “Passò facendo del bene” (At 10,38) e questo suo operare riguardava, prima di tutto, i sofferenti e coloro che attendevano aiuto. Egli guariva gli ammalati, consolava gli afflitti, nutriva gli affamati, liberava gli uomini dalla sordità, dalla cecità, dalla lebbra, dal demonio e da diverse minorazioni fisiche, tre volte restituì ai morti la vita. Era sensibile a ogni umana sofferenza, sia a quella del corpo che a quella dell'anima. E al tempo stesso ammaestrava, ponendo al centro del suo insegnamento le otto beatitudini, che sono indirizzate agli uomini provati da svariate sofferenze nella vita temporale. Essi sono “i poveri in spirito” e “gli afflitti”, e “quelli che hanno fame e sete della giustizia” e “i perseguitati per causa della giustizia”, quando li insultano, li perseguitano e, mentendo, dicono ogni sorta di male contro di loro per causa di Cristo... Così secondo Matteo; Luca menziona esplicitamente coloro “che ora hanno fame”.

Cristo va incontro alla sua passione e morte con tutta la consapevolezza della missione che ha da compiere proprio in questo modo. Proprio per mezzo di questa sua sofferenza egli deve far sì “che l'uomo non muoia, ma abbia la vita eterna”. Proprio per mezzo della sua croce deve toccare le radici del male, piantate nella storia dell'uomo e nelle anime umane. Proprio per mezzo della sua croce deve compiere l'opera della salvezza. Quest'opera, nel disegno dell'eterno Amore, ha un carattere redentivo.

Si può dire che le suddette considerazioni ci conducono ormai direttamente al Getsemani e sul Golgota, dove si è adempiuto il carne del Servo sofferente, contenuto nel libro d'Isaia. Il Servo sofferente - e questo a sua volta è essenziale per un'analisi della passione di Cristo - si addossa quelle sofferenze, di cui si è detto, in modo del tutto volontario (Is 53,7-9):

Maltrattato, si lasciò umiliare / e non aprì la sua bocca; / era come agnello condotto al macello,
/ come pecora muta di fronte ai suoi tosatori, / e non aprì la sua bocca. / Con oppressione e
ingiusta sentenza fu tolto di mezzo; / chi si affligge per la sua sorte? / Sì, fu eliminato dalla
terra dei viventi, / per l'iniquità del mio popolo fu percosso a morte. / Gli si diede la sepoltura
con gli empi, / con il ricco fu il suo tumulo, / sebbene non avesse commesso violenza, / né vi
fosse inganno nella sua bocca.

Cristo soffre volontariamente e soffre innocentemente.

Molti luoghi, molti discorsi durante l'insegnamento pubblico di Cristo testimoniano come egli accetti sin dall'inizio questa sofferenza, che è la volontà del Padre per la salvezza del mondo. Tuttavia, un punto definitivo diventa qui la preghiera nel Getsemani. Le parole: “Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice! Però non come voglio io, ma come vuoi tu!” (Mt 26,39), ed in seguito: “Padre mio, se questo calice non può passare da me senza che io lo beva, sia fatta la tua volontà” (Mt 26,42), hanno una multiforme eloquenza. Esse provano la verità di quell'amore, che il Figlio unigenito dà al Padre nella sua obbedienza. Al tempo stesso, attestano la verità della sua sofferenza. Le parole della preghiera di Cristo al Getsemani provano la verità dell'amore mediante la verità della sofferenza.

PARTECIPI ALLE SOFFERENZE DI CRISTO

Si può dire che insieme con la passione di Cristo ogni sofferenza umana si è trovata in una nuova situazione. Nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza umana è stata redenta. Cristo - senza nessuna colpa propria - si è addossato “il male totale del peccato”. L'esperienza di questo male determinò l'incomparabile misura della sofferenza di Cristo, che diventò il prezzo della redenzione. Ecco le parole dell'apostolo Pietro dalla sua prima lettera: “Voi sapete che non a prezzo di cose corruttibili, come l'argento e l'oro, foste liberati dalla vostra vuota condotta ereditata dai vostri padri, ma col sangue prezioso di Cristo, come di agnello senza difetti e senza macchia” (1Pt 1,18-19). E l'apostolo Paolo nella lettera ai Galati dirà: “Ha dato se stesso per i nostri peccati, per strapparci da questo mondo perverso” (Gal 1,4), e nella prima lettera ai Corinzi: “Infatti siete stati comprati a caro prezzo. Glorificate dunque Dio nel vostro corpo!” (1Cor 6,20).

Il Redentore ha sofferto al posto dell'uomo e per l'uomo. Ogni uomo ha una sua partecipazione alla redenzione. Ognuno è anche chiamato a partecipare a quella sofferenza, mediante la quale si è compiuta la redenzione. È chiamato a partecipare a quella sofferenza, per mezzo della quale ogni umana sofferenza è stata anche redenta. Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo.

L'eloquenza della croce e della morte viene tuttavia completata con l'eloquenza della risurrezione. L'uomo trova nella risurrezione una luce completamente nuova, che lo aiuta a farsi strada attraverso il fitto buio delle umiliazioni, dei dubbi, della disperazione e della persecuzione. Perciò, l'Apostolo scriverà anche nella seconda lettera ai Corinzi: “Infatti, come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così, per mezzo di Cristo, abbonda anche la nostra consolazione” (2Cor 1,5). Altrove egli si rivolge ai suoi destinatari con parole d'incoraggiamento: “Il Signore diriga i vostri cuori nell'amore di Dio e nella pazienza di Cristo” (2Ts 3,5). E nella lettera ai Romani scrive: “Vi esorto dunque, fratelli, per la misericordia di Dio, a offrire i vostri corpi come sacrificio vivente, santo e gradito a Dio: è questo il vostro culto spirituale” (Rm 12,1).

L'uomo, scoprendo mediante la fede la sofferenza redentrice di Cristo, insieme scopre in essa le proprie sofferenze, le ritrova, mediante la fede, arricchite di un nuovo contenuto e di un nuovo significato.

Nella sofferenza è come contenuta una particolare chiamata alla virtù, che l'uomo deve esercitare da parte sua. E questa è la virtù della perseveranza nel sopportare ciò che disturba e fa male. L'uomo, così facendo, sprigiona la speranza, che mantiene in lui la convinzione che la sofferenza non prevarrà sopra di lui, non lo priverà della dignità propria dell'uomo unita alla consapevolezza del senso della vita.

I testimoni della croce e della risurrezione erano convinti che “è necessario attraversare molte tribolazioni per entrare nel regno di Dio” (At 14,22). E Paolo, scrivendo ai Tessalonicesi, dice così: “Possiamo gloriarci di voi... per la vostra fermezza e per la vostra fede in tutte le persecuzioni e tribolazioni che sopportate. Questo è un segno del giusto giudizio di Dio, che vi proclamerà degni di quel regno di Dio, per il quale ora soffrite” (2Ts 1,4-5). Così dunque la partecipazione alle sofferenze di Cristo è, al tempo stesso, sofferenza per il regno di Dio.

Alla prospettiva del regno di Dio è unita la speranza di quella gloria, il cui inizio

si trova nella croce di Cristo. La risurrezione ha rivelato questa gloria - la gloria escatologica - che nella croce di Cristo era completamente offuscata dall'immensità della sofferenza. La risurrezione è diventata prima di tutto la manifestazione della gloria, che corrisponde all'elevazione di Cristo per mezzo della croce. Se, infatti, la croce è stata agli occhi degli uomini lo spogliamento di Cristo, nello stesso tempo essa è stata agli occhi di Dio la sua elevazione.

La sofferenza è anche una chiamata a manifestare la grandezza morale dell'uomo, la sua maturità spirituale. Di ciò hanno dato la prova, nelle diverse generazioni, i martiri ed i confessori di Cristo, fedeli alle parole: "E non abbiate paura di quelli che uccidono il corpo, ma non hanno potere di uccidere l'anima" (Mt 10,28).

Nella sofferenza è come contenuta una particolare chiamata alla virtù, che l'uomo deve esercitare da parte sua. E questa è la virtù della perseveranza nel sopportare ciò che disturba e fa male. L'uomo, così facendo, sprigiona la speranza, che mantiene in lui la convinzione che la sofferenza non prevarrà sopra di lui, non lo priverà della dignità propria dell'uomo unita alla consapevolezza del senso della vita. Tuttavia le esperienze dell'Apostolo, partecipe delle sofferenze di Cristo, vanno ancora oltre. Nella lettera ai Colossesi leggiamo le parole, che costituiscono quasi l'ultima tappa dell'itinerario spirituale in relazione alla sofferenza. San Paolo scrive: "Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa" (Col 1,24).

IL VANGELO DELLA SOFFERENZA

I testimoni della croce e della risurrezione di Cristo hanno trasmesso alla Chiesa ed all'umanità uno specifico Vangelo della sofferenza. È innanzitutto consolante - come è evangelicamente e storicamente esatto - notare che a fianco di Cristo, in primissima e ben rilevata posizione accanto a lui, c'è sempre la sua Madre santissima, per la testimonianza esemplare che con l'intera sua vita rende a questo particolare Vangelo della sofferenza. In lei le numerose ed intense sofferenze si assommarono in una tale connessione e concatenazione, che se furono prova della sua fede incrollabile, furono altresì un contributo alla redenzione di tutti.

Cristo non nascondeva ai propri ascoltatori la necessità della sofferenza. Molto chiaramente diceva: "Se qualcuno vuol venire dietro a me... prenda la sua croce ogni giorno", ed ai suoi discepoli poneva esigenze di natura morale, la cui realizzazione è possibile solo a condizione di "rinnegare se stessi" (Lc 9,23). La via che porta al regno dei cieli è "stretta e angusta", e Cristo la contrappone alla via "larga e spaziosa", che peraltro "conduce alla perdizione". Diverse volte Cristo diceva anche che i suoi discepoli e confessori avrebbero incontrato molteplici persecuzioni, ciò che - come si sa - è avvenuto non solo nei primi secoli della vita della Chiesa sotto l'impero romano, ma si è avverato e si avvera in diversi periodi della storia e in differenti luoghi della terra, anche ai nostri tempi.

Se il primo grande capitolo del Vangelo della sofferenza viene scritto, lungo le generazioni, da coloro che soffrono persecuzioni per Cristo, di pari passo si svolge lungo la storia un altro grande capitolo di questo Vangelo. Lo scrivono tutti coloro che soffrono insieme con Cristo, unendo le proprie sofferenze umane alla sua sofferenza salvifica. In essi si compie ciò che i primi testimoni della passione e della risurrezione hanno detto e hanno scritto circa la partecipazione alle sofferenze di Cristo. In essi quindi si compie il Vangelo della sofferenza e, al tempo stesso,

ognuno di essi continua in un certo modo a scriverlo: lo scrive e lo proclama al mondo, lo annuncia al proprio ambiente e agli uomini contemporanei.

Non sempre, però, un tale processo interiore si svolge in modo uguale. Spesso inizia e si instaura con difficoltà. Già il punto stesso di partenza è diverso: diversa è la disposizione, che l'uomo porta nella sua sofferenza. Si può, tuttavia, premettere che quasi sempre ciascuno entra nella sofferenza con una protesta tipicamente umana e con la domanda del suo "perché". Ciascuno si chiede il senso della sofferenza e cerca una risposta a questa domanda al suo livello umano. Certamente pone più volte questa domanda anche a Dio, come la pone a Cristo. Inoltre, egli non può non notare che colui, al quale pone la sua domanda, soffre lui stesso e vuole rispondergli dalla croce, dal centro della sua propria sofferenza. Tuttavia, a volte c'è bisogno di tempo, persino di un lungo tempo, perché questa risposta cominci ad essere internamente percepibile. Cristo, infatti, non risponde direttamente e non risponde in astratto a questo interrogativo umano circa il senso della sofferenza. L'uomo ode la sua risposta salvifica man mano che egli stesso diventa partecipe delle sofferenze di Cristo.

La risposta che giunge mediante tale partecipazione, lungo la strada dell'incontro interiore col Maestro, è a sua volta qualcosa di più della sola risposta astratta all'interrogativo sul senso della sofferenza. Questa è, infatti, soprattutto una chiamata. È una vocazione. Cristo non spiega in astratto le ragioni della sofferenza, ma prima di tutto dice: "Seguimi!". Vieni! Prendi parte con la tua sofferenza a quest'opera di salvezza del mondo, che si compie per mezzo della mia sofferenza! Per mezzo della mia croce. Man mano che l'uomo prende la sua croce, unendosi spiritualmente alla croce di Cristo, si rivela davanti a lui il senso salvifico della sofferenza. L'uomo non scopre questo senso al suo livello umano, ma al livello della sofferenza di Cristo. Al tempo stesso, però, da questo livello di Cristo, quel senso salvifico della sofferenza scende a livello dell'uomo e diventa, in qualche modo, la sua risposta personale. E allora l'uomo trova nella sua sofferenza la pace interiore e perfino la gioia spirituale.

IL BUON SAMARITANO

La parabola del buon samaritano appartiene al Vangelo della sofferenza. Essa indica, infatti, quale debba essere il rapporto di ciascuno di noi verso il prossimo sofferente. Non ci è lecito "passare oltre" con indifferenza, ma dobbiamo "fermarci" accanto a lui. Buon samaritano è ogni uomo, che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque essa sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità. Questa è come l'aprirsi di una certa interiore disposizione del cuore, che ha anche la sua espressione emotiva. Buon samaritano è ogni uomo sensibile alla sofferenza altrui, l'uomo che "si commuove" per la disgrazia del prossimo. Se Cristo, conoscitore dell'interno dell'uomo, sottolinea questa commozione, vuol dire che essa è importante per tutto il nostro atteggiamento di fronte alla sofferenza altrui. Bisogna dunque coltivare in sé questa sensibilità del cuore, che testimonia la compassione verso un sofferente. A volte questa compassione rimane l'unica o principale espressione del nostro amore e della nostra solidarietà con l'uomo sofferente.

Tuttavia, il buon samaritano della parabola di Cristo non si ferma alla sola commozione e compassione. Queste diventano per lui uno stimolo alle azioni che mirano a portare aiuto all'uomo ferito. Buon samaritano è, dunque, in definitiva colui

che porta aiuto nella sofferenza, di qualunque natura essa sia. Aiuto, in quanto possibile, efficace. In esso egli mette il suo cuore, ma non risparmia neanche i mezzi materiali. Quest'attività assume, nel corso dei secoli, forme istituzionali organizzate e costituisce un campo di lavoro nelle rispettive professioni. Quanto è “da buon samaritano” la professione del medico, o dell'infermiera, o altra simile! In ragione del contenuto “evangelico”, racchiuso in essa, siamo inclini a pensare qui piuttosto a una vocazione, che non semplicemente a una professione. E le istituzioni, che nell'arco delle generazioni, hanno compiuto un servizio “da samaritano”, ai nostri tempi si sono ancora maggiormente sviluppate e specializzate. Ciò prova indubbiamente che l'uomo di oggi si ferma con sempre maggiore attenzione e perspicacia accanto alle sofferenze del prossimo, cerca di comprenderle e di prevenirle sempre più esattamente. Egli possiede anche una sempre maggiore capacità e specializzazione in questo settore. Guardando a tutto questo, possiamo dire che la parabola del samaritano del Vangelo è diventata una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana. E pensando a tutti quegli uomini, che con la loro scienza e la loro capacità rendono molteplici servizi al prossimo sofferente, non possiamo esimerci dal rivolgere al loro indirizzo parole di riconoscimento e di gratitudine.

Il Vangelo è la negazione della passività di fronte alla sofferenza. Cristo stesso in questo campo è soprattutto attivo. In questo modo, egli realizza il programma messianico della sua missione, secondo le parole del profeta: “Lo Spirito del Signore è sopra di me; per questo mi ha consacrato con l'unzione e mi ha mandato per annunciare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi, e predicare un anno di grazia del Signore” (Lc 4,18-19). Cristo compie in modo sovrabbondante questo programma messianico della sua missione: egli passa “beneficando” (At 10,38), ed il bene delle sue opere ha assunto rilievo soprattutto di fronte all'umana sofferenza. La parabola del buon samaritano è in profonda armonia col comportamento di Cristo stesso. Questa parabola entrerà, infine, per il suo contenuto essenziale, in quelle sconvolgenti parole sul giudizio finale, che Matteo ha annotato nel suo Vangelo: “Venite, benedetti del Padre mio; ricevete in eredità il regno preparato per voi fin dalla fondazione del mondo. Perché io ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere; ero forestiero e mi avete ospitato, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, carcerato e siete venuti a trovarmi”. Ai giusti che chiedono quando mai abbiano fatto proprio a lui tutto questo, il Figlio dell'uomo risponderà: “In verità vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me”. La sentenza opposta toccherà a coloro che si sono comportati diversamente: “Ogni volta che non avete fatto queste cose a uno di questi miei fratelli più piccoli, non l'avete fatto a me” (Mt 25,34-36.40.45).

La prima e la seconda parte della dichiarazione di Cristo sul giudizio finale indicano senza ambiguità come siano essenziali, nella prospettiva della vita eterna di ogni uomo, il “fermarsi”, come fece il buon samaritano, accanto alla sofferenza del suo prossimo, l'aver “compassione” di essa, ed infine il dare aiuto. Queste parole sull'amore, sugli atti di amore, collegati con l'umana sofferenza, ci permettono ancora una volta di scoprire, alla base di tutte le sofferenze umane, la stessa sofferenza redentrice di Cristo. Cristo dice: “L'avete fatto a me”. Egli stesso è colui che in ognuno sperimenta l'amore; egli stesso è colui che riceve aiuto, quando questo viene

reso a ogni sofferente senza eccezione. Egli stesso è presente in questo sofferente, poiché la sua sofferenza salvifica è stata aperta una volta per sempre ad ogni sofferenza umana. E tutti coloro che soffrono sono stati chiamati una volta per sempre a diventare partecipi “delle sofferenze di Cristo” (1Pt 4,13).

Questo è il senso veramente soprannaturale ed insieme umano della sofferenza. È soprannaturale, perché si radica nel mistero divino della redenzione del mondo, ed è, altresì, profondamente umano, perché in esso l'uomo ritrova se stesso, la propria umanità, la propria dignità, la propria missione. Il mistero della redenzione del mondo è in modo sorprendente radicato nella sofferenza, e questa, a sua volta, trova in esso il suo supremo e più sicuro punto di riferimento.