

R. ESCLANDA, F. RUSSO (a cura di), *Homo patiens. Prospettive sulla sofferenza umana*, Armando Roma 2003

I Parte – Relazione di CHIARA PESARESI

Prospettiva medica

JOHANNES BONELLI, *Il senso della sofferenza*

Sebbene ogni medico, in quanto tale, ritenga che malattia e sofferenza siano due mali da combattere, non per questo considera una vita nella malattia come senza senso o indegna di essere vissuta: una vita sofferente può essere comunque dotata di significato.

Dal punto di vista biologico il dolore, in quanto segnale di difesa da stimoli dannosi, è un fatto positivo, al servizio della vita. La *malattia* non è però un fatto puramente biologico; coinvolge anzi tutta la persona e le sue condizioni di vita. Ciò non implica tuttavia sempre un peggioramento: a differenza dell'animale, l'uomo può riflettere sulla malattia e, ordinandola ad un senso, può passare da una dimensione puramente passiva, ad una attiva. Nella sofferenza l'uomo spesso dimostra tutta la grandezza di cui è capace.

Nella malattia emerge in maniera eminente la verità sull'uomo, la sua precarietà, la futilità del mondo: il paziente è obbligato a render conto non solo dei propri sintomi e del proprio reale stile di vita, ma, ad un livello più profondo, di se stesso in modo autentico, superando la scissione mondana tra essere ed apparire. La sofferenza pone l'uomo di fronte ad una possibilità che, quotidianamente, non viene contemplata, quella della morte, e lo sfida ad un confronto col creatore. Nel malato avviene una conversione dello sguardo dalle cose passeggere ai valori eterni ed una presa di consapevolezza dei propri errori e delle proprie debolezze: non è raro che proprio nella malattia si sia disposti a perdonare e ad essere perdonati. In questo senso, la sofferenza è una via per la riparazione, la riconciliazione, la maturazione personale, l'autentica *esperienza di sé*.

È necessario sottolineare che nella sopportazione, nell'accettazione del dolore, non si può prescindere da un tu compassionevole: il malato sfida l'autentico amore del prossimo, mobilitando virtù quali la cura, l'empatia, la benevolenza. La propria sofferenza assume allora un valore per gli altri; di qui il compito di accogliere e riconoscere i malati non come peso, ma come ricchezza per l'umanità.

ROSSANA ALLONI, *Mulier patiens: la sofferenza "al femminile"*

La sofferenza presenta nella donna alcune peculiarità; la pari dignità umana tra uomo e donna si declina non solo secondo una differente conformazione fisica ma anche secondo un diverso modo di essere persona umana. La sofferenza assume diverse connotazioni a seconda degli ambiti della medicina, per le diverse patologie ed i mezzi diagnostici e terapeutici. Il malato cardiologico accusa dolore fisico acuto, episodico e di breve durata che causa un grave senso di ansietà perché riferito ad un organo vitale; alla paura di morire si aggiunge una particolare sofferenza per le limitazioni della vita quotidiana. Nelle donne si notano maggiori tolleranza al dolore e autocontrollo. In Gastroenterologia numerose sono le patologie croniche, caratterizzate dall'alternarsi di periodi di benessere e di sintomi invalidanti e terapie, con la cui presenza il malato deve lentamente imparare a convivere. L'esperienza clinica dimostra che la possibilità della maternità mitiga nella donna la sofferenza e l'aiuta ad affrontarla in vista di un "progetto". In Senologia, settore che si occupa della patologia neoplastica maligna della mammella, il concetto di sofferenza rimanda al disagio psichico dovuto all'intervento (mastectomia) e alla caduta dei capelli, fattori sentiti come una perdita di femminilità. La Chirurgia Plastica e Ricostruttiva fa fronte a tale disagio psichico, causato dalla deformità conseguente l'intervento (o un incidente), attivando una dolorosa dinamica di riadattamento.

La malattia non rappresenta per la donna il primo contatto col dolore, che le è già noto in relazione al ciclo mestruale e alla gravidanza (esperienze che fungono poi da pietra di paragone, consentendo una valutazione più oggettiva del dolore). In ragione di questa consuetudine con la

sofferenza, la donna sviluppa una più profonda conoscenza di sé ed è più preparata a far fronte alla malattia. Rispetto all'uomo, la donna mantiene nella malattia un approccio altruista di fondo: componente fondamentale della sofferenza femminile è la consapevolezza di far mancare il proprio appoggio ai congiunti. Per questo la donna si attende dal medico una presa in carico globale ed una condivisone del suo soffrire (compassione). A tale pretesa corrisponde un'istintiva tendenza del medico donna ad occuparsi del paziente e non solo della malattia, evitando approcci di tipo scienziato.

ALDO VENDEMIATI, *La relazione medico-paziente in un'etica della compassione e della responsabilità*

Nell'etica contemporanea, anche per ciò che riguarda la deontologia medica, gli approcci che si fronteggiano sono soprattutto due: utilitarismo e contrattualismo.

Utilitarismo: a fondamento di questa dottrina etica sta l'approccio paternalistico, secondo cui il medico è colui che sa cosa è bene per il paziente (il quale non è coinvolto nei processi decisionali) ed il suo giudizio è insindacabile. Pur esprimendo un valore essenziale nella relazione medica, la sua finalizzazione al bene del paziente, l'utilitarismo ha una visione riduttiva della persona e della sua libertà.

Contrattualismo: si basa sul principio di autonomia, secondo cui la libertà del singolo è inalienabile; tale approccio resta tuttavia neutrale dal punto di vista etico.

Entrambi gli approcci si rivelano insufficienti: da una parte, il paternalismo infrange la dignità del paziente, dall'altra l'autonomia lede l'interesse ad aiutarsi.

Etica della compassione. È importante, per parlare di cura, salute, malattia, riflettere sullo statuto del corpo, sottraendosi al dualismo cartesiano. Il *corpo* è: - esperienza del proprio corpo irriducibile a oggetto (corpo vissuto), - sostrato pre-cosciente di percezioni, anteriore ad ogni esperienza (corpo vivente, teorizzato da Merleau-Ponty), - proiezione simbolica e interpretante (sé vissuto). Così inteso, il corpo è il campo di lavoro della medicina, la quale è intrinsecamente dotata di principi etici; essa si configura come abilità, capacità che richiede, oltre alla scienza, una conoscenza esperienziale dell'organismo vivente, del suo dolore, della condizione umana, che apra alla compassione.

Etica della responsabilità. Da tale prospettiva muove Jonas, il quale individua uno statuto peculiare della medicina: questa infatti si fonda sulla *scienza* (medica) e si pone come *arte* del guarire. L'oggetto dell'arte medica, la sua materia, è anche il suo fine: l'organismo umano; una simile materia presenta una finalità intrinseca, che conferisce alla medicina una dimensione etica. Con lo sviluppo tecnico e sociale, la figura del medico e le finalità della sua arte sono cambiate: si pensi alla chirurgia plastica, ai cambiamenti di sesso, all'accanimento terapeutico. La responsabilità medica travalica dunque la relazione medico-paziente, abbracciando il rapporto con l'ambiente e le generazioni future.

Jonas riconosce il diritto alla vita come diritto fondamentale, germe di ogni ordinamento giuridico, e distingue diritti giuridici (sfera pubblica) e diritti morali (sfera privata). Per quanto riguarda il diritto di morire, espressione equivoca, deve essere riconosciuto il diritto giuridico di rifiutare o interrompere un trattamento, anche per pazienti in condizione di impotenza, [Cit. p. 91] mentre si ha il dovere di intervenire di fronte al tentativo del paziente di darsi violentemente la morte. In ogni caso, il diritto di uccidere (eutanasia attiva) non deve mai competere al medico o essergli riconosciuto, in quanto ciò potrebbe distruggere il suo ruolo nella società; anche il lasciar morire è una pratica che va attentamente delimitata.

Concludendo, la relazione di cura, per essere degna delle persone che coinvolge, necessita non solo delle dimensioni della beneficenza e dell'autonomia, ma anche di una compassione sempre temperata dalla responsabilità.

Prospettiva antropologica

FRANCESCO RUSSO, *Il dolore: autointerrogazione ed esperienza della prova*

L'apparire del dolore nella propria vita determina un cambiamento di prospettiva che porta il malato ad interrogarsi: a) su se stesso, b) sul rapporto col mondo, c) sulle relazioni con gli altri. Una simile autointerrogazione può costringere a mettere alla prova le certezze della propria esistenza.

a) La cultura contemporanea impone all'uomo un'immagine di sé contraddistinta da efficacia e produttività; la malattia può dunque renderci irriconoscibili innanzitutto a noi stessi. La prima reazione può essere un atteggiamento di sfida che, tuttavia, restando nella logica della "volontà di dominio" epico-stoica, non trasforma realmente il soggetto. Se invece la malattia viene assunta come *prova*, essa può divenire l'occasione per un'interrogazione sul valore dell'esistenza e per un'apertura dalle forme minime di preoccupazione alla cura; la capacità di soffrire è un atto di autoconfigurazione che richiede l'autosuperamento di un sé che si sta disfacendo: il dolore ci individualizza e ci pone di fronte alla precarietà, alla legge universale del perire, alla possibilità della chiusura di ogni possibilità. Tale "individuazione" riguarda anche la percezione del proprio corpo, generalmente vissuto in funzione della sua proiezione esterna: la prima reazione del malato è una presa di distanza da un corpo sottrattosi al dominio del sé; questo dualismo può però essere superato sicché la sofferenza diviene rivelazione dell'integrità personale.

b) La civiltà tecnologica moltiplica le attese dell'uomo, soprattutto nel campo della salute: rispetto al cambiamento di percezione del proprio sé "spirituale" e corporeo, la medicalizzazione del dolore e l'assoluta fiducia nella tecnologia che caratterizzano il mondo contemporaneo hanno illuso l'uomo di poter sconfiggere definitivamente dolore e malattia privandolo forse delle risorse per farsi carico del dolore; inoltre, ponendosi la medicina come sapere sul corpo malato, essa rischia di trascurare l'uomo nella sua integrità. Il mondo tecnologico quantifica il dolore e lo spettacolarizza, rendendolo, attraverso la rappresentazione, distante da noi. La tecnicizzazione non è tuttavia totale in un campo, come quello medico, in cui è sempre coinvolta la persona (che soffre e che cura). L'uomo contemporaneo percepisce inoltre l'ineluttabilità della sofferenza, sebbene questa sia occultata, e la interiorizza come ansia; sebbene il dolore causi nel malato un senso di solitudine e di esclusione dal mondo "normale", esso può attuare una conversione dello sguardo per cui il mondo appare trasformato nella sua interezza: la sofferenza rompe il normale ritmo dell'esistenza e per questo è un'esperienza cruciale e rivelativa. In questo senso il dolore, in quanto forma di mediazione del rapporto persona-mondo, è un fatto culturale (è la cultura a fornire le categorie per interpretare le sensazioni corporee e dolorose).

c) Il sofferente s'imbatte subito nella difficoltà di comunicare il proprio dolore, con la conseguente paura che quest'ultimo non venga riconosciuto, generando nel malato un senso di incomprensione e di distacco dagli altri. Ciò perché la sofferenza sfugge al linguaggio abituale, ha un che di indicibile. Il mutamento della relazionalità del malato è anche conseguenza del diverso rapporto con se stesso e col mondo. Tuttavia, nell'interpretazione individuale del dolore, è decisiva e necessaria la mediazione dell'altro: il dolore è più tollerabile se riconosciuto e accettato dagli altri (potenza dello sguardo dell'altro sul dolore); il malato si riconosce dipendente dagli altri. Anche gli atteggiamenti di autocommiserazione, isolamento, rifiuto, ribellione testimoniano la relazionalità costitutiva della persona, seppure nelle sue modalità negative.

La "prova" del dolore, dunque, può portare all'autotrascendimento personale, ad una maggiore consapevolezza del mondo e della cultura (nonché ad un'apertura all'esperienza religiosa: infatti l'autointerrogazione crea, seppure inconsapevolmente, un singolare rapporto con la Trascendenza.); può infine rivelare l'autenticità della relazione con l'altro.

ANTONIO MALO, *L'angoscia come situazione limite della sofferenza umana*

L'angoscia è detta situazione limite della sofferenza poiché, paradossalmente, da una parte appartiene a questa ma, dall'altra, ne prospetta un superamento (nella speranza). La *sofferenza*, in quanto vissuto, è costituita dalla relazione vivente-realtà dove quest'ultima si configura come male. In una fenomenologia del vivere, può essere considerato male tutto ciò che è contrario alla positività del vivere, che precede e fonda ogni vissuto. La sofferenza è dunque doppiamente derivata: in quanto vissuto ed in quanto vissuto del male.

Nonostante la sofferenza coinvolga tutta la persona, se ne danno diversi tipi in ragione delle dimensioni della struttura umana che si configura come somatico-psichico-spirituale. Per Tommaso due sono le passioni di fronte al male: il dolore (conoscenza sensibile) e la tristezza (conoscenza intellegibile). Si distinguono, a loro volta, due tipi di tristezza: la tristezza derivante da sofferenza spirituale ha come sorgente l'opposizione alla propria volontà, come accade nella non accettazione della sofferenza (tale tristezza fa capo alla *voluntas ut ratio*, l'atto volitivo); la tristezza propria della sofferenza psichica non dipende invece da un atto di volontà ma dal rifiuto di tutto ciò che è male e dalla conseguente inclinazione al bene (inclinazione propria della *voluntas ut natura*).

La tristezza, come esperienza del male, è parte essenziale dell'*angoscia*; questa non ha un oggetto determinato (al contrario della paura), dunque non è riconducibile ad una volizione. Come ci insegna Heidegger, l'*angoscia* sorge davanti ad una totalità (il mondo, il destino, la propria identità) non circoscrivibile. La totalità heideggeriana consiste nell'assunzione della morte come possibilità più autentica e radicale del *Dasein* il quale, posto di fronte ad essa, si scopre nella sua finitezza e gettatezza essenziale.

L'*angoscia* non è tuttavia un vissuto originario, poiché la morte è limite, ma non senso e *telos* della vita. Se l'*angoscia* si riferisce alla mancanza di senso, non sarà originaria, poiché inerisce ad una negatività (la privazione di senso appunto); per contrasto essa potrà far apparire il senso del vivere, come la messa tra parentesi che è l'*epochè* husserliana. L'*angoscia* fa dunque riferimento alla *voluntas ut natura* in quanto inclinazione verso il bene e verso il bene-per-me, cioè il senso. L'*angoscia* manifesta dunque la mancanza di senso come fondamento di ogni vissuto di sofferenza. Nella negatività della sofferenza si sperimenta il male in quanto contrario alla volontà di senso o inclinazione naturale al bene.

La contraddizione che si pone nell'accettazione della sofferenza, cioè del non-senso, si può risolvere recuperando il secondo ambito della volontà, la *voluntas ut ratio*. Nella concezione stoica il male è tale se considerato dal punto di vista dell'opinione (che gli dà spazio nella nostra interiorità nel modo del rifiuto) mentre dal punto di vista della *physis* e del *logos* universale è considerato qualcosa di necessario. Solo un atteggiamento apatico e autarchico permette il trascendimento del divenire e il distacco dall'irrazionalità delle passioni. Se per lo stoicismo tutto ha senso e il male è non accettare la razionalità del reale, nel nihilismo nulla ha senso e le passioni sono maschere dietro cui tale non-senso si cela. L'*angoscia* è in questo contesto l'illuminazione che permette di scoprire l'assurdità di una vita priva di significato. In entrambe queste prospettive l'indifferenza sembra il solo modo di affrontare una sofferenza che appare totale e senza limiti.

Il limite della sofferenza non può essere la sua mancanza: si tratterebbe di una negazione della negazione. La mancanza non permette di uscire dal non-senso della sofferenza. Piacere e gioia non sono pura assenza di sofferenza ma esprimono la positività e il senso del vivere. In quanto negazione, la sofferenza fa riferimento a ciò che la limita e che vi è sperimentato come mancante: il piacere è il limite del dolore, la gioia della tristezza.

L'*angoscia*, in quanto mancanza di senso, negatività assoluta, dovrà essere limitata da una positività assoluta che coinvolga non solo gli atti del vivere e la dimensione presente ma la totalità (anche temporale) della vita come dotata di senso. Un simile vissuto è la *speranza*, il cui oggetto è il senso della vita. Solo una speranza fondamentale può trascendere sia i vissuti positivi sia la loro mancanza, ciò che la differenzia dai vissuti di attesa i quali si riferiscono ad oggetti, eventi e situazioni concrete. In quanto positività assoluta, la speranza rende possibile l'*angoscia*, che ne rappresenta una mancanza; l'*angoscia*, da parte sua, ha la capacità di rendere manifesta la speranza come suo possibile superamento.

Tuttavia alla speranza deve aggiungersi ciò che Tommaso chiama *aspettativa*, la quale non dipende da sé ma dall'aiuto dell'Altro: mentre la speranza nasce dall'amore per l'oggetto amato, l'*aspettativa* è causa dell'amore verso colui che rende possibile l'amore dell'oggetto amato. Per quanto essenziale, l'amore degli altri non è capace di dare senso alla totalità della vita; si può tuttavia scoprire in esso l'epifania di un Amore eterno e fedele. Questo si manifesta in maniera eminente nella speranza di Gesù sulla croce: la Risurrezione può essere letta come la trasfigurazione

della mancanza di senso attraverso l'Amore. La speranza nella sofferenza permette allora di trovare il senso del male (incomprensibile per la sola ragione) nel contesto più ampio dell'Amore, che non elimina, ma trasfigura i vissuti dolorosi.



II Parte – Relazione di DANIELE OREFICINI ROSI

Prospettive sulla sofferenza umana è un libro del 2003 a cura di Rodderick Esclanda e Francesco Russo, pubblicato a Roma da Armando Editore. Il volume costituisce la pubblicazione degli atti del Convegno internazionale di Studio organizzato dalla Facoltà di Filosofia della Pontificia Università della Santa Croce l'11 e il 12 aprile 2002 e, come si evince dal titolo, è incentrato sulla questione della sofferenza, tematizzata a partire da diverse prospettive: quella medica e bioetica dei medici che quotidianamente lavorano a contatto con la sofferenza (sezione I del libro), quella antropologica in cui ci si chiede cosa essa riveli dell'umano (sezione II), e quella metafisico-teologica che indaga il suo rapporto con la questione dell'Assoluto (sezione III).

La seguente relazione, appositamente preparata per il corso di Bioetica, riguarda otto dei sedici saggi che compongono il libro (cinque appartenenti alla sezione antropologica e tre appartenenti alla sezione metafisico-teologica), e dati i limiti di spazio imposti non si propone tanto di illustrarli esaurientemente quanto di indicare delle linee guida per un loro attraversamento volto a carpire soprattutto gli spunti interessanti che essi forniscono rispetto alle tematiche del corso; si partirà dai saggi appartenenti alla sezione metafisico-teologica, ma ci si soffermerà più approfonditamente su quelli della sezione antropologica, dato che questi ultimi si connettono più strettamente alla ricerca portata avanti nelle lezioni.

Prospettiva metafisica e teologica

JOSÉ ANGEL LOMBO, *In tribulazione dilatasti mihi. La scoperta della libertà nella sofferenza* (pp. 211-222).

Il saggio, il cui titolo riprende il Salmo 4 “nella sofferenza, mi hai dilatato”¹, si apre sottolineando il carattere misterioso della sofferenza, che la rende accessibile non per mezzo di un atto di intellesione (etim. ‘*intus legere*’), ma tramite un tentativo di interpretazione. A partire dai testi biblici, si possono rintracciare diverse linee interpretative:

- A) Quella che vede la sofferenza come castigo per una colpa (riscontrabile in molti brani dell'Antico Testamento) e come mezzo, dunque, per ristabilire la rettitudine della volontà del colpevole; è un'interpretazione non scorretta ma insufficiente, perché non riesce a dar conto della sofferenza degli innocenti.
- B) L'Antico Testamento offre una seconda interpretazione della sofferenza, presentando proprio il caso in cui essa si abbatte su un uomo giusto ed innocente: Giobbe. In questo caso essa non è più intesa come castigo, ma come prova che consente tramite un esercizio costante ed arduo di purificarsi ulteriormente, di acquisire maggior dominio su se stessi, ed è quindi occasione per confermare o addirittura aumentare la giustizia e l'amore. Se questa seconda interpretazione riesce a dar conto di certe circostanze che mal si sposavano con la prima, non sembra ad ogni modo possibile rintracciare neanche qui il senso ultimo della sofferenza, dato che come nel primo caso essa sembra essere assunta dall'uomo in modo positivo ma meramente passivo.
- C) L'interpretazione che attribuisce invece all'uomo un ruolo attivo nei confronti della sofferenza, è quella che la pone come un atto libero, ossia come liberamente assunta. Questa prospettiva si apre solo quando la libertà non è intesa - in senso stoico o utilitarista - come libertà negativa (cioè come libertà da, concezione nella quale la libertà dell'altro è vista come limite alla mia libertà), ma come libertà positiva (cioè come libertà di o per, che al contrario si apre all'altro e alla donazione gratuita di sé all'altro). Solo con un atto libero, con quel ‘soffrire per amore di qualcuno’ che conferisce alla sofferenza il senso più pieno, la persona si avvia ad un trascendimento di se stessa e della propria condizione tale da permettere il superamento della sofferenza stessa pur nel permanere del dolore.

¹ L'edizione CEI della Bibbia, disponibile anche sul sito www.vatican.va, traduce però con “dalle angosce mi hai liberato”.

GIUSEPPE ANGELINI, *La sofferenza come "croce". La verità difficile di un'immagine abusata*, (pp. 235-253).

L'autore, teologo, vuole porsi in antitesi sia ad un uso banalizzato dell'associazione sofferenza-croce, sia alle contemporanee interpretazioni teologiche della sofferenza. Assumendo una postura 'controcorrente', Angelini rifiuta la troppo rapida eliminazione dell'associazione sofferenza-colpa, cioè la completa abolizione della metafora della retribuzione: la sofferenza, suscitando "l'interrogativo a proposito dell'attendibilità di quel tacito orizzonte di attese [...] che di fatto stava alla base delle forme ordinarie del vivere, e dunque dell'agire" (p. 246), risuona inevitabilmente nelle coscienze come una sentenza che condanna la vita precedente affermando: "Come ora ben vedi, la vita da te perseguita era soltanto illusione" (p. 251). Le stesse guarigioni attuate da Gesù risultano per Angelini indissociabili dal peccato. Esse non sono atti che hanno nella guarigione stessa il loro fine: guariscono rivelando che è ben riposta la speranza in un Dio che guarisce, ma tale rivelazione è al contempo un comandamento alla conversione.

ARDIAN NDRECA, *La sofferenza cristiana in Kierkegaard* (pp. 230-234).

Il saggio si sofferma sul concetto di sofferenza cristiana nel pensiero del filosofo danese. Kierkegaard distingue la sofferenza umana generale dalla particolare sofferenza cristiana, due sofferenze che secondo lui vengono spesso confuse anche all'interno del cristianesimo stesso. Mentre la sofferenza umana può trovare sollievo nella solidarietà, quella cristiana è la condizione iniziale della vita del cristiano e l'accompagna costantemente; essa è caratterizzata dall'essere volontaria e responsabilmente scelta, e dal fatto che può scandalizzare l'individuo e portarlo a non credere. Il cristiano è allora colui che sceglie di soffrire e di credere, colui che affronta il drammatico paradosso di seguire un Maestro che gli dice: «Io guarisco dalla malattia del peccato, ma non guarisco altri che coloro che per provare a guarire da questa malattia si ammalano ancora più gravemente». "L'elevatezza di Colui che attira si rinnova nell'abbassamento del cristiano"² e "in questo mondo la verità non trionfa se non soffrendo"³, afferma Kierkegaard.

Da questa concezione della sofferenza cristiana derivano degli interessanti spunti rispetto ad alcune tematiche del corso:

- il carattere paradossale del rapporto felicità-dolore su cui ci siamo soffermati durante le lezioni sembra poter essere asserito anche in relazione alla sfera religiosa, declinandosi nel cristianesimo come paradosso della proposta di una piena salvezza consistente nell'accettazione piena del dolore⁴;
- che il cristiano scelga la sofferenza non significa però per Kierkegaard che egli la domandi e la ricerchi come fine in sé: l'interpretazione del cristianesimo data dall'autore danese è un'interpretazione che concede alla sofferenza un ruolo fondamentale, ma non è un'interpretazione doloristica come quella che abbiamo visto sostenere a Nietzsche.

Prospettiva antropologica

CECILIA GATTO TROCCHI, *La sofferenza e l'antropologia culturale* (pp. 185-189).

Dei cinque saggi presi qui in considerazione, questo è antropologico nel senso dell'antropologia culturale. La posizione dell'autrice è in linea con la considerazione che aveva dato avvio alla riflessione di Bizzotto⁵: per entrambi gli autori il dolore ha una sorta di filtro culturale, e se Bizzotto aveva declinato in senso cronologico la varietà culturale dei modi in cui il dolore si manifesta, Cecilia Gatto Trocchi la declina in senso geografico. In particolare il saggio di quest'ultima esamina

² S. Kierkegaard, *Esercizio del cristianesimo*, in *Opere*, a cura di C. Fabro, Sansoni, Firenze 1988, p. 790, citato in R. Esclanda - F. Russo (eds.), *op. cit.*, p. 232.

³ S. Kierkegaard, *Op. cit.*, p. 788, citato in R. Esclanda - F. Russo (eds.), *op. cit.*, p. 232.

⁴ Significativa a questo riguardo una citazione tratta dal *Diario* dell'autore danese: "perché sei sofferente, per questo Dio ti ama" e "perché Dio ti ama, per questo ti tocca soffrire", riportata in R. Esclanda - F. Russo (eds.), *op. cit.*, p. 233.

⁵ Cfr. la relazione di Greta e Andrea su M. Bizzotto, *Il grido di Giobbe. L'uomo, la malattia, il dolore nella cultura contemporanea*.

due questioni: quella del significato che assumono in diverse culture la malattia e il dolore, e quella delle manipolazioni cruenta del corpo.

A) I numerosi mali (dalle carestie, ai conflitti etnici, all'instabilità sociale, alle malattie, etc.) che affliggono alcune zone dell'Africa, sono interpretati dai popoli che li subiscono in molteplici modi (come conseguenti a disordini dell'anima, come frutto di colpe, come malefici scagliati dai nemici, o come interventi di demoni maligni); la condizione di dolore sembra essere comunque considerata da tutti loro come una condizione abituale dell'uomo, e anche presso di essi, così come nelle più diverse culture, è apprezzato il potenziale catartico ed espiativo della sofferenza (tanto che spesso le terapie di cura sono più dolorose delle malattie che devono curare, e che i rituali terapeutici implicano spesso la sofferenza del curatore per il malato). Le etnie dell'estremo Oriente, influenzate dal buddismo, attuano di fronte alla malattia elaborate attività diagnostiche e terapeutiche che si fondano sui cardini dell'inseparabilità di corpo e anima, e del valore sociale della sofferenza.

B) La manipolazione cruenta del corpo si ritrova presso numerosissime culture e quasi ovunque "assume il carattere di prova mistica e di padroneggiamento della natura umana. Si tratta di sottomettere il corpo ad un ideale di coraggio e di forza, che supera il singolo e sfida la morte" (p. 187). Troviamo così presso gli Yoruba della Nigeria la pratica di incidere la fronte dei maschi con quattro profondi tagli (simbolicamente ricondotti al dominio sulla natura che si ha tramite l'incisione della terra per mezzo dell'aratro) e di sottoporre le femmine a dolorose mutilazioni genitali; presso gli Andamanesi, gli Ainu e popoli geograficamente molto distanti tra loro la pratica del tatuaggio (eseguita per scopi vari come proteggersi contro la malattia e la carestia o ottenere, tramite la sopportazione del dolore che la loro incisione provoca, l'accesso all'oltretomba); presso gli indiani la pratica dello yoga (che non ha in prima istanza a che fare col benessere o col dimagrire, come propongono i 'maestri' occidentali, ma con la volontà ascetica di dominare il corpo, persino nella sua attività involontaria, tramite una articolata serie di pratiche dolorose come il digiuno, la veglia, l'assumere posizioni innaturali e il restare immobili per tempi molto lunghi); presso i giovani del mondo Occidentale secolarizzato varie forme della cosiddetta body art (dal piercing, al tatuaggio, al marchio a fuoco).

I quattro saggi rimanenti sono antropologici nel senso dell'antropologia filosofica. Essi sembrano dire che al di là delle singole variazioni culturali e storiche nell'interpretazione del dolore, esso è comunque un'esperienza umana universale, e perciò rivela alcune caratteristiche dell'uomo in quanto tale, sotto ogni tempo e latitudine. Tutti i saggi sostengono in sostanza quello che si è sottolineato anche durante il corso: che la sofferenza rimanda ad una complessità antropologica, ad una ricchezza antropologica, che non può essere fronteggiata semplicemente con mezzi fisico-tecnologici, ma ha bisogno di una nozione ampia e multidimensionale di cura e della sua conseguente pratica. Interessante è vedere come questo risultato può essere raggiunto da approcci metodologicamente differentissimi al mistero della sofferenza. In particolare tre saggi si possono ordinare perfettamente in una scala ai cui estremi ci sono un approccio per così dire oggettivo e un approccio soggettivo (nel senso della soggettività trascendentale husserliana). Il quarto saggio potrebbe essere inserito in questa scala nel versante oggettivo, ma verrà trattato separatamente orientando l'esposizione al taglio polemico che lo caratterizza e senza il quale non si riesce a comprenderlo appieno.

GODFREY IGWEBUIKE ONAH, *L'unità sostanziale e la trascendenza dell'homo patiens* (pp. 151-161).

Questo saggio si situa sul versante più "oggettivo". L'autore sostiene che alla base dei molteplici approcci (metafisico e morale, esistenziale, teologico, psicologico, medico...) che si possono avere in relazione alla questione del dolore c'è quello antropologico che si chiede "che cos'è l'uomo?" e che cerca proprio nell'esperienza universale del dolore (che rende dunque ogni uomo *homo patiens*) alcuni elementi di risposta. I due elementi costitutivi dell'umano che la sofferenza mette in luce, e

che l'autore del saggio espone in riferimento al pensiero di Tommaso d'Aquino e di Viktor E. Frankl, sono l'unità sostanziale dell'uomo e la sua trascendenza.

Tommaso considera il dolore una passione dell'anima perché esso richiede non solo l'associazione della persona con qualche male, ma anche la consapevolezza o percezione di questa associazione, che è una facoltà dell'anima. Il male di cui si è consapevoli può riguardare una cosa fisica ed essere percepito con la mediazione del corpo (dando origine ad un dolore esteriore), o riguardare una cosa non fisica ed essere percepito direttamente dall'anima (dando origine ad un dolore interiore). Il dolore fisico ha dunque la sua causa nel corpo, ma non si darebbe senza la percezione dell'associazione del male in questione col corpo che si dà nell'anima. Per l'Aquinate corpo e anima sono dunque indissolubilmente uniti (in un unico modo di essere che è quello dell'anima, forma del corpo, che si serve di esso come "strumento della sua presenza spaziotemporale, della sua percezione degli impulsi provenienti dal mondo fisico, della sua azione ed espressione nel mondo": p. 155), e hanno una relazione di influenza reciproca (che però non implica la dipendenza totale dell'anima dal corpo); tale relazione si manifesta pienamente nel dolore, che colpisce l'intera persona e nel quale i due elementi interagiscono. Nonostante la concezione tomista dell'unità sostanziale dell'uomo riesca ad evitare le problematiche che emergono da concezioni antropologiche dualiste, sembra che siano state queste ultime ad aver giocato negli ultimi secoli, e a giocare tuttora, un ruolo prioritario nell'approccio al dolore, in una versione materialista che del dualismo cartesiano ha addirittura rimosso l'immaterialità dell'anima e ha ridotto gli elementi separati che compongono l'uomo a entità indagabili col metodo sperimentale.

In posizione di contrasto rispetto a questa tendenza dualistica e riduzionista si è posto, più recentemente, lo psicoterapeuta e neurologo Viktor Emil Frankl. Anche quest'ultimo ha sostenuto l'importanza di una visione unitaria della persona umana, soprattutto quando si ha a che fare con la sfera della sofferenza e del dolore: Igwebuike Onah sottolinea come per Frankl ogni "approccio parziale alla salute, alla malattia ed al dolore, presenta una minaccia al benessere della persona"⁶.

Lungi dal considerare sufficiente un semplice approccio di attenuazione del dolore fisico, Frankl sostiene l'importanza di un approccio che consideri anche e soprattutto il significato della sofferenza per la persona, nell'ottica di una più ampia ricerca del significato della vita, che è secondo lui il più essenziale fattore motivazionale nell'essere umano. Tale approccio (sviluppato nella sua logoterapia) riguarda la dimensione della libertà e dei valori, cioè la dimensione spirituale della persona, di cui il medico si può prendere cura anche nei casi di malattia inguaribile. Ognuno può infatti, secondo Frankl, portare a compimento il senso della sua vita secondo tre traiettorie: tramite quello che fa, tramite quello che sperimenta oppure tramite quello che sopporta; la sopportazione della sofferenza rende possibile dunque un movimento di autotranscendenza che porta ad una crescita e ad una più matura realizzazione del senso della propria vita.

Questo secondo elemento messo in luce, l'importanza del trascendimento di sé, si può ritrovare anche in Tommaso, per il quale è possibile alleviare il dolore con l'amore, inteso appunto come l'autotranscendersi, il 'dirigersi verso l'altro', tramite la relazione con le persone, o attraverso la contemplazione della Verità.

Elena Colombetti, *Soma patiens e homo patiens: per una fenomenologia del corpo malato* (pp. 141-150).

Sul versante più "soggettivo" della scala si situa invece questo saggio, in cui si propone una vera e propria fenomenologia del corpo malato. Punto di partenza di questa fenomenologia è la situazionalità dell'essere umano, articolata nel duplice senso di trovarsi sempre spaziotemporalmente collocati (l'essere sempre in un rapporto prospettico col mondo), e di trascogliere sempre ed inevitabilmente alcuni tra i vari elementi del mondo che ci si offrono, in vista di una possibile azione su di esso (l'essere dotati di un'intenzionalità "che porta a variare il contenuto intenzionale"). La corporeità è causa di questa situazionalità ed ha parte attiva nel determinare i

⁶ R. Esclanda - F. Russo (eds.), *op. cit.*, p. 158.

contenuti intenzionali dell'azione, poiché è esattamente la variabile secondo la quale la realtà si ordina in vista dell'azione⁷, ma generalmente la strettissima connessione corporeità-agire resta implicita e non tematizzata (e ciò che determina i vari contenuti intenzionali sembra essere unicamente il mondo circostante).

È la malattia che porta in luce tale connessione, segnalandola come perduta: la scissione tra sé e il proprio corpo che prova il malato lo rende conscio del fatto che esistono normalmente una armonica integrazione tra il corpo e il suo spirito e un'organica unità del corpo con se stesso, in quanto nella malattia entrambe sono esperite come mancanti. La implicita intenzionalità del corpo, che normalmente struttura il contenuto intenzionale in una non tematizzata distinzione tra l'io (che ha nel corpo il suo primo confine) e l'ambiente esterno (che si configura come la possibilità di ampliamento di tale confine nell'agire), diventa evidente quando una patologia che impedisce il movimento porta alla mutazione della percezione dell'ambiente e dell'io nell'ambiente (avviene una scissione - conseguenza della quale è la percezione di inefficacia della propria volontà - tra *Körper*, corpo oggettivo e fisico, e *Leib*, corpo vivente e vissuto, che in condizioni di salute coincidono). Inoltre diventa esplicita la perdita capacità espressiva del corpo che manifesta la vita interiore dell'io: nella salute tale manifestazione rivela ciò che la persona è, mentre nella rigidità o negli spasmi indotti dalla malattia la manifestazione è allo stesso tempo distorta, così che il malato teme il fraintendimento altrui, e riduttiva, così che il malato si vergogna di esporsi a trattamenti medici che hanno a che fare con un corpo, il suo, che contemporaneamente non esprime la pienezza della sua persona e mostra di lui più di quanto egli vorrebbe.

Quanto detto permette di distinguere tra dolore fisico e sofferenza, dove la sofferenza, che è ciò che colpisce l'*homo patiens*, non è il semplice avvertire un dolore nel corpo, ma percepire attraverso la corporeità paziente una disintegrazione dell'unitarietà del sé, la rottura di una parte rispetto alla persona interalmente concepita. Gli aspetti messi in luce dalla precedente analisi fenomenologica (percezione di inefficacia della propria volontà, mutazione della percezione dell'ambiente e dell'io nell'ambiente, tradimento dell'espressione della propria interiorità, violazione dell'intimità) uniti ad altri come la percezione di una temporalità stravolta (appiattita sull'istante presente) e l'incapacità di comunicare il proprio stato interiore, sono riconducibili solo ad un soffrire inteso in senso non meramente fisico, e capace, se riconosciuto, di prospettare un'idea di cura non appiattita sulla guarigione medica, ma aperta alla multidimensionalità propria della persona.

Prima conseguenza etica di questo discorso sulla sofferenza dell'*homo patiens* è la necessità di riabilitare l'*agere* nella pienezza delle sue forme, uscendo da un'ottica che vede nella riduzione delle possibilità dell'azione transitiva la limitazione dell'agire intero: la realizzazione della persona passa invece per una molteplicità di azioni che non sono riducibili a quelle transitive. Il soma patiens può essere visto, se correttamente accettato, come "un'opportunità privilegiata per prendersi cura di tutta la ricchezza della persona umana" (p. 149). Corollari concreti di questa conseguenza sono il favorire pratiche come la musicoterapia o l'educazione all'arte (che servono a fornire nuove modalità espressive alla persona che ha perso quelle abituali), e l'organizzare lo spazio di cura in modo che esso favorisca la relazionalità.

MARIA TERESA RUSSO, *Patire e com-patire: la reciprocità della sofferenza* (pp. 172-184).

Il saggio si situa a metà tra i due estremi identificati nei precedenti saggi: il discorso non si costituisce qui direttamente come un'analisi fenomenologica, ma come una riflessione ermeneutica costruita a partire da dati fenomenologici, con costante riferimento quindi alle opere di autori come Scheler Lévinas, Arendt e Ricoeur.

⁷ "La corporeità non si presenta come un mero strumento di cui lo spirito si serve per realizzare i suoi desideri, ma svolge anche una funzione di orientamento dell'attività dello spirito in vista dell'azione" (R. Esclanda - F. Russo (eds.), *op. cit.*, p. 142).

Il testo si apre affermando con forza che la sofferenza è non solo un'esperienza di carattere personale e soggettivo, ma che essa si struttura contemporaneamente anche in modo intersoggettivo attraverso quell'assunzione (in un modo non semplicemente conoscitivo, ma di cui la conoscenza è condizione necessaria) del dolore degli altri che si ha nel *com-patire*: la sofferenza "si configura come un'esperienza condivisa nella quale il *compatire* è allo stesso tempo dono per chi ne è oggetto e donato per chi ne è soggetto" (p. 173).

La compassione non deve essere confusa con la pietà: quest'ultima è semplicemente un sentimento che ha per proprio oggetto entità universali astratte, uno stato emotivo che ci rende sensibili alla sofferenza degli altri astrattamente intesi ma che resta alla fine conchiuso in se stesso poiché non è mosso dall'amore. La compassione al contrario è una virtù morale rivolta sempre a singoli soggetti sofferenti (che incontriamo in una concreta relazione di faccia a faccia) e che ci spinge ad uscire da noi stessi e ad agire concretamente per soccorrere amorevolmente coloro che soffrono.

La relazione tra il *patente compatito* e il *compatente* sembrerebbe a prima vista una relazione a senso unico, nel senso che il primo sembra semplicemente ricevere passivamente il dono della compassione dal secondo; in realtà essa apre ad una reciprocità asimmetrica, nella quale entrambi i soggetti danno e ricevono: il *compatente* riceve "dalla debolezza dell'amico più di quanto non gli dia attingendo alle proprie riserve di forza" (p. 177), in termini non materiali ma di un importante supplemento di senso circa la propria condizione.

A fronte della riflessione fin qui delineata, la compassione provata per il prossimo (colui che incontro in una concreta relazione faccia a faccia, e che non si lascia catturare in alcuna teoria, come una lettura della parabola del buon samaritano suggerisce) costringe all'allargamento del concetto di cura medica rispetto ad interpretazioni che la riducono al semplice intervento tecnico, verso pratiche che innanzitutto svincolino la relazione medico-paziente dall'ottica del fare, e che vedano dunque la possibilità di un dare-ricevere reciproco anche quando ormai non si può più fare niente o si è tentati di fare troppo.

PAULIN SABUY, *Il significato antropologico della sofferenza umana: riflessioni su un'apparente tautologia* (pp. 166-171).

L'ultimo saggio si comprende facilmente se non si trascura il suo intento polemico, nel senso che il testo si struttura come argomentazione volta a sostenere una determinata posizione all'interno di un preciso dibattito. Il dibattito in questione riguarda la pubblicazione da parte di tre organismi specializzati dell'ONU del *Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations*: un opuscolo contenente delle indicazioni per tutelare i diritti dei rifugiati relativamente alla 'salute riproduttiva', che è stato osteggiato dalla Santa Sede in quanto basato "su un concetto di 'libertà individuale' svincolata dai doveri e dalle responsabilità sociali corrispondenti" (p. 162). In questo sfondo, la trattazione filosofica di Sabuy concorda con la posizione secondo cui bisogna evitare una banalizzazione delle relazioni interpersonali che identifichi il benessere col puro piacere individuale (dal momento che così facendo si perdono l'apertura all'altro e alla speranza), e mostra che la sofferenza dice di una ricchezza antropologica da non tradire.

La via seguita dall'autore per arrivare a tali conclusioni parte dalla constatazione che l'esperienza umana della sofferenza propria o del prossimo, intesa come la risonanza nella coscienza riflessa di un dolore (cioè del fatto biologico di un malessere), è una delle occasioni che più fanno emergere e trasformano in ciascuno la questione della propria autocomprensione, perché permette l'affiorare della domanda del senso della sofferenza stessa e dell'essere umano in quanto sofferente. In maniera più corretta, si può dire che la sofferenza si presenta come l'esperienza di un difetto di senso: porta a galla il fatto che di solito ordiniamo inconsciamente gli istanti della nostra vita in un tutto armonico che tende al proprio compimento, rispetto al quale la sofferenza appare appunto in disarmonia. Il rapportarsi dell'uomo alla sofferenza non ha dunque a che fare con la modalità immediata ed istintiva dell'animale: questa dà per così dire al dolore un significato limitato all'istante in cui lo percepisce o percepisce il pericolo di esso in vista della

conservazione di uno stato gradevole, mentre caratteristico dell'uomo è considerare la sofferenza nella cornice dell'intero della sua vita, 'da fuori', tanto che in un'ottica non immediata può ritenere alcuni dolori 'positivi' (come quello della puntura di un vaccino). In questo spessore antropologico trova posto la mediazione della ragione (tecnica in primis) e qui sta la possibilità di quella varietà e complessità culturale tipicamente umana. L'intervento della ragione non è meccanico come i processi istintivi, ma libero di percorrere diverse alternative.

La libertà della ragione, concepita anche in senso minimo come 'ragione strumentale', e il suo necessario riferimento all'intero della vita, ne fanno una ragione mai neutra, ma sempre già ragione morale, che considera la vita sotto minaccia come incomparabilmente rilevante e degna di rispetto assoluto ("nel momento in cui cerco di trovare una medicina efficace per guarire il bambino che ha contratto un'infezione, non giudico indifferente il comportamento contrario": p. 166). L'apertura della ragione oltre l'istante immediato causa però già da subito la differenza nell'interpretazione di ciò che si ritiene minacciare la vita e la dignità. Ogni uomo ha delle tendenze; egli può però distanziarsi da esse attingendo allo spazio interiore dove albergano delle irrinnegabili idee morali di base che possono confermarle o negarle, così che l'agire che ne consegue sia in accordo con tali idee morali di base più che con le tendenze di primo grado. Le idee morali di base sono culturalmente ereditate e influiscono su tutti i comportamenti, compresi quelli legati alla sofferenza, così che ci saranno forti differenze nel modo di soffrire in culture diverse.

La libertà dell'uomo, inoltre, fa sì che il suo distacco rispetto al momento della sofferenza possa portarlo anche oltre i limiti della ragione, verso la speranza, che è già contenuta nella fiducia dell'aiuto dell'altro.

Da quanto detto risulta chiaro che la riflessione sulla sofferenza fa emergere, come si diceva dall'inizio, tratti fondamentali della ricchezza dell'umano (la sua capacità di autocomprensione, la sua libertà, la sua moralità, la sua trascendenza data dall'apertura all'altro e alla speranza) che sarebbero tradite da visioni banalizzanti delle relazioni interpersonali.