

“Il medico filosofo è simile a un Dio”

(Ippocrate)

(di M. Maraviglia, M.L. Bonetti, S. Barni)

BACKGROUND

Premessa

Soprattutto negli ambiti in cui la medicina affronta patologie estremamente debilitanti o per le quali v'è possibilità di prognosi infausta, così come accade per i contesti oncologici, si pongono problemi specifici per gli operatori della sanità. Medici, infermieri, psicologi sono posti di fronte a soggetti in situazioni-limite che avanzano interrogativi non solo circa le migliori terapie disponibili, ma circa il senso complessivo della loro condizione. La capacità di afferrare un senso, di cogliere il significato profondo del particolare e difficilissimo momento che il paziente sta vivendo molto spesso decide anche del modo in cui la malattia e le procedure terapeutiche vengono affrontate, e quindi, talora, anche del loro esito. Accanto a ciò l'esperienza di impotenza, l'inevitabile richiesta di aiuto, e talvolta lo sbocco disperante di alcune vicende di malattia coinvolgono e interpellano profondamente l'operatore, il quale a sua volta si sente investito di problematiche che trascendono la sua esclusiva competenza tecnica. Senza pensare che vi possano essere soluzioni precostituite che aggiungano al sapere medico-tecnico un supposto sapere “umano” con prerogative terapeutiche anche lontanamente comparabili, appare plausibile che pratiche riflessive che accompagnino l'attività lavorativa con adeguati strumenti concettuali - in grado di trattare questioni etiche, esistenziali e assiologiche rilevanti - mettano coloro che operano a stretto contatto con i malati nelle condizioni migliori per assisterli con un'attenzione privilegiata alla qualità complessiva di questa porzione della loro vita.

La consulenza filosofica

La consulenza filosofica è una relazione d'aiuto incentrata sulle potenzialità della tradizione filosofica e sull'analisi delle visioni del mondo. Il presupposto metodologico è che a partire dagli aspetti cognitivi e coscienti della personalità si può intervenire anche su quelli emotivi e/o inconsci e quindi porre a tema l'intero vissuto personale. Come ritiene M. Nussbaum nel suo *L'intelligenza delle emozioni*, in questo intreccio emotivo-cognitivo ne va anche del senso che ciascuno di noi attribuisce alla realtà e alla sua esistenza, e infine di tutto ciò che rientra nell'ambito del comportamento di fronte al mondo e alla vita (etica). Inversamente, tutti questi elementi richiamano una dimensione riflessiva e razionale che è appannaggio specifico della filosofia.

La medicina dell'anima

In ambito sanitario la filosofia ha la possibilità di orientare la prassi mettendo in campo una tradizione di approfondimento concettuale estremamente consolidata e vasta. E' nota una tra le più antiche definizioni della filosofia che la annoverava tra le medicine dell'anima. E' altresì noto che tutta la scienza antica, compresa quella medica, aveva una struttura essenzialmente filosofica e che su tale impalcatura ha potuto svilupparsi l'odierna specializzazione medica d'impronta sperimentale. Inoltre molti filosofi anche nella contemporaneità hanno potuto portare il loro contributo in ambito medico (soprattutto psichiatrico, vedi p.es. Jaspers e Biswanger).

Ma ciò che maggiormente conta è la necessità, emersa in questi ultimi anni, di approdare ad una rivalutazione del sapere filosofico per connotare l'impresa difficile della cura e dell'assistenza sanitaria, in modo che rispondesse a sempre più pressanti esigenze di umanizzazione, a fronte del tecnicismo esasperato che tende ad affermarsi parallelamente al progresso materiale e conoscitivo. Qui emergono non solo gli aspetti bioetici di un possibile intervento filosofico, ma anche quelli di un'auspicabile chiarificazione concettuale sui temi che più interessano la professione sanitaria: cura, dolore, malattia, salute, vita, morte, compassione, speranza, futuro, tecnica, attività, silenzio, denaro, sperimentazione etc. Tale chiarificazione ha natura logica, linguistica e formale, ma anche contenutistica, etica e sostanziale e attiene sia alla correttezza dei discorsi sia alla loro intenzionalità specifica, ai loro riferimenti reali e alla dimensione morale e antropologica che mobilitano. Una siffatta opera chiarificatrice, se vuole essere efficace, non può essere affidata solo alla trattatistica teorica, ma deve essere portata dentro all'esperienza professionale, in modo che i concetti perdano la loro astrattezza e siano messi nella condizione di dare un senso alla concretezza della quotidianità di tutti gli attori della sanità. Insomma non può più essere un servizio all'ingrosso ma deve passare, per così dire, al dettaglio. Per questo da un lato gli esperti in filosofia devono abbandonare gli ambienti protetti dell'accademia e gettarsi nella mischia della vita delle organizzazioni e delle persone che operano in questo settore o che ne sono gli utenti, e dall'altro entrambi, operatori e utenti, possono essere stimolati a servirsi di una consulenza filosofica per capire meglio il “che cosa” del proprio mestiere, o “il senso” della propria condizione di malato, nella consapevolezza che tale comprensione retroagisca positivamente sul loro vissuto.

L'iniziativa

Si è organizzato un ciclo di incontri e seminari interattivi per pensare, discutere e approfondire alcuni tra i temi più sentiti e rilevanti per il lavoro quotidiano in ospedale e lo si è intitolato

VA DOVE TI PORTA LA MENTE.

Gli incontri, condotti con l'ausilio di un consulente filosofico sono stati pensati per dare la possibilità di **riflettere sui propri gesti quotidiani** all'interno dell'istituzione-ospedale, sul significato profondo e sul valore universale delle azioni intese a curare le malattie e ad alleviare le sofferenze.

Il metodo

Non sono state approntate lezioni, ma occasioni di approccio ad una discussione filosofica comunitaria attraverso la procedura della *comunità di ricerca* ideata da M. Lipman sulla scorta e nel solco delle riflessioni pedagogico-filosofiche di J. Dewey. La comunità di ricerca (*community of inquiry*) consiste nel dar vita ad una conversazione condotta in un gruppo disposto secondo un *setting* circolare e sotto la direzione discreta di un *facilitatore-consulente filosofico*. Il *facilitatore* utilizza un testo-stimolo precedentemente scelto e lo propone al gruppo per una lettura condivisa. Dalla lettura ciascun membro potrà formulare le domande che il testo, accostato senza intenti esegetici ma solo come pretesto per stimolare curiosità o interrogativi, gli ha suggerito. Dalle domande, trascritte su un'apposita lavagnetta, il gruppo sceglierà un piano di discussione e procederà a sviscerare l'argomento individuato grazie alla messa in comune dei saperi di ogni partecipante che così contribuirà al sapere più profondo e ricco elaborato dalla comunità. Ciò avverrà sempre con l'aiuto del consulente, il quale avrà il compito di promuovere il coinvolgimento di tutti e la paritarietà della discussione, nonché di suggerire, laddove non emergano spontaneamente e in prima battuta, piste di approfondimento particolarmente feconde dal punto di vista teorico, oltre che di far affiorare alla consapevolezza comune fallacie argomentative o nodi critici importanti. La sessione si concluderà non con un'affermazione dalle pretese risolutive, ma, possibilmente, con un'ulteriore domanda o questione da porre all'attenzione degli intervenuti per un approfondimento personale.

Nell'iniziativa in questione la sessione è stata sempre preceduta da una breve introduzione tematica a cura del consulente filosofico e finalizzata ad orientare la discussione su un tema precedentemente concordato con i componenti del gruppo stesso.

I materiali

Le sessioni sono state registrate e dei temi emersi, a partire dall'introduzione per finire con la discussione comune, è stata fornito un resoconto a mo' di dispensa. In quest'ultima sono state aggiunte diverse "piste di approfondimento", ossia indicazioni di possibili tematiche di cui è stata abbozzata una breve esposizione e dalle quali si è evidenziata la possibilità di un ulteriore sviluppo individuale. Il tutto è stato corredato dalle necessarie segnalazioni bibliografiche.

I temi e il programma

1) tema: **Che cosa significa prendere una decisione**

testo stimolo: F. Dostoevskij, *Memorie del sottosuolo*, Mondadori, tr. it. di I. Sibaldi, Milano, 1987, pp. 37-38

(Quando si può dire di aver preso una decisione fondata? E' mai possibile rendere conto pienamente delle decisioni che si prendono in medicina? Che ruolo hanno le ragioni che possiamo addurre e che ruolo il coraggio di agire nell'incertezza? Che senso ha dire che la medicina è sapere che richiede competenza ma anche arte che vuole intuito? Come coinvolgere i pazienti nel processo decisionale, cioè nella responsabilità della decisione, anche in situazioni d'incertezza?)

2) tema: **Tempi e cura: il tempo del medico, del paziente, l'attesa, la fine**

testo stimolo: E. E. Schmitt, *Oscar e la Dama in rosa*, tr. it. di F. Ascari, Rizzoli, Milano, 2004, pp. 31-32

(Quali sono le forme principali in cui noi viviamo il tempo? Che cos'è il sentimento della consumazione del tempo? E' l'unico atteggiamento possibile riguardo al tempo? Il tempo è una corsa affannosa oppure un gioioso accumulo di ricchezze e di vita? Che effetto fa la malattia sul nostro sentimento del tempo? Il tempo della sofferenza può finire senza che finisca il nostro tempo? Si può morire "sazi di anni"?)

3) tema: **Retorica della consolazione: argomenti finti, argomenti veri, argomenti che mancano**

testo stimolo: L. Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ic*, tr. it. di G. Buttafava, Garzanti, Milano, 1981, p. 53 .

(Esiste una pretesa di verità del nostro parlare che si può avanzare anche nei confronti di chi soffre? Quale sensibilità ha colui che soffre alla "logica" dei nostri argomenti? Che funzione ha la testimonianza, cioè una disponibilità attiva all'aiuto, nel "convincere" chi soffre? Quando rimane solo il silenzio? Quando invece il silenzio è richiesto?)

4) tema: **La speranza: sognare ad occhi aperti, la sua funzione positiva e i suoi effetti**

testo stimolo: L. Bof, *Vita oltre la morte*, Cittadella, Assisi, 1984, pp. 5-6

(Qual è la struttura psicologica della speranza? Perché non si può fare a meno di sperare? Quale rapporto c'è tra la miseria delle condizioni presenti e la speranza nel loro miglioramento nel futuro? Vivere nell'orizzonte della possibilità è ciò che caratterizza l'essere umano? Quale senso ha sperare senza ragioni effettive per farlo? Realismo e speranza sono tra loro contrari o si implicano a vicenda?)

5) tema: **Quando faccio male facendo del bene: la teoria dei due effetti**

testo stimolo: Gen 18,20-33; Tommaso D'Aquino, *Summa Theologiae* II, II^{ae}, q. 64, a. 7

(Che cosa caratterizza l'azione responsabile? Che ruolo vi svolge la volontà e quale la conoscenza? Come bisogna comportarsi quando un'azione terapeutica produce gravi effetti collaterali negativi? Quando si può dire proporzionato l'effetto negativo di un protocollo terapeutico? Si può fare il male perché ne venga un bene?)

6) tema: **Essere corpo e avere un corpo, Koerper (corpo fisico) e Leib (corpo vivente)**

testo stimolo: F. O' Connor, *Il tempio dello Spirito Santo*, in: Id., *Tutti i racconti*, trad. it. di I. Omboni, Bompiani, Milano, 1993, pp. 268-269

(Qual è il modo tipico di considerare il nostro corpo? Il corpo è un oggetto come gli altri oppure noi lo viviamo in modo differente? Qual è il ruolo del mio corpo nella conoscenza del mondo? E il ruolo del corpo degli altri? Qual è il rapporto tra la mia coscienza e il mio corpo? Quali sono gli elementi di verità nelle concezioni del corpo tramandateci dalla tradizione filosofica (corpo carcere, corpo materia/strumento, corpo macchina)? Come percepiamo il corpo malato? Come il nostro corpo si riveste di significati simbolici?)

7) tema: **Il diritto a non soffrire, il desiderio di non soffrire (...la paura di soffrire).**

testo stimolo: A.I. Solzenicyn, *Padiglione cancro*, tr. it. di C. Sapino, Newton Compton, Roma, 1994, pp. 84-86

(Che cos'è il dolore? Quali sono i suoi effetti sulla nostra personalità? Come si determina l'universalità dell'esperienza del soffrire? Tale universalità significa che ogni dolore è inevitabile? Come nasce e che senso ha la nostra ribellione al dolore? Il fatto che ribellarsi al dolore sia giusto fonda un diritto a non soffrire? Ci si ribella anche al dolore invincibile? Che cosa testimonia la nostra ribellione? Esiste un dolore "buono"?)

OBIETTIVI

- 1) favorire il dialogo tra i diversi ambiti professionali sanitari (infermieri, medici, psicologi) sui problemi più esistenzialmente coinvolgenti della loro pratica quotidiana.
- 2) accompagnare lo sviluppo e l'approfondimento delle tematiche relative all'umanizzazione della pratica medica (cura, salute, vita, morte etc), attraverso una forma di discussione rigorosa e approfondita
- 3) presentare esempi di riflessione consapevole e comunicare la disponibilità degli strumenti della tradizione filosofica per orientare le scelte concrete o per preparare tale orientamento in vista del possibile verificarsi di circostanze-limite.
- 4) istituire dei momenti di pausa nel ritmo lavorativo in grado di rafforzare la partecipazione consapevole alle attività quotidiane attraverso la condivisione delle loro finalità ultime (per esempio: lotta contro la sofferenza, reciproco aiuto nelle avversità, cura della malattia e della persona, valorizzazione della dignità umana in ogni momento della vita terrena) e del loro valore intrinseco.

RISULTATI

Data la specificità dell' iniziativa non si è potuto procedere a rilevazioni quantitative. Dal punto di vista della qualità, della profondità e dell'accuratezza argomentativa delle discussioni, il consulente filosofico ha potuto osservarne l'alto livello, il legame continuamente mantenuto con l'esperienza e con il vissuto quotidiano e, ciononostante, il grado elevato di correttezza formale e di ricchezza contenutistica. Per sostenere e dare prospettiva a tale valutazione si è cercato di evidenziare alcuni ulteriori parametri che permettono di meglio determinare una considerazione complessiva dell'impatto delle sessioni sugli intervenuti.

partecipazione: hanno partecipato all'iniziativa mediamente dalle 7 alle 12 persone per ognuna delle 7 sessioni. Di queste la maggioranza afferiva al reparto di oncologia medica. Tuttavia vi sono state presenze anche di personale del reparto di anestesia e rianimazione. Tutti hanno subito compreso le modalità di funzionamento delle sessioni e hanno contribuito al loro svolgimento.

test iniziale: ad ogni intervenuto in occasione della sua prima sessione è stato consegnato un breve test (8 domande) pensato per verificare la disponibilità al confronto e la capacità di individuare un possibile obiettivo di lungo termine - corrispondente ad una formazione "umanistica" intesa non a produrre competenze misurabili ma ad agire sotteraneamente eppur efficacemente nel complesso della prassi medico-assistenziale e nel dispiegarsi dei rapporti personali e professionali con pazienti e familiari. Le risposte hanno evidenziato la presenza di tale disponibilità pur nella sottolineatura della rilevanza degli obiettivi istituzionali di breve e medio termine - individuazione e applicazione dei protocolli terapeutici e gestione tecnica delle strutture - e della necessità di contemperare esigenze diverse benché compresenti.

test di gradimento: risposte pressoché omogeneamente positive a 4 quesiti in ordine al gradimento e alla percezione della qualità degli incontri hanno rilevato che di tutte le fasi delle sessioni (introduzione, lettura del testo stimolo, discussione comune) si sono apprezzate le potenzialità in ordine all'approfondimento dei temi stabiliti.

Complessivamente si può concludere per una sostanziale comprensione delle finalità formative del ciclo di incontri, comprensione che rappresenta il presupposto affinché i contenuti trattati agiscano e influenzino i comportamenti effettivi, e, in secondo luogo, affinché si comprendano le potenzialità di una permanente attenzione ad un simile approccio - diremmo di *medical humanities* - alla professione, in modo tale da aprire possibili dinamiche virtuose di progressivo approfondimento e sempre più larga applicazione dei processi e dei prodotti formativi. Ciò ovviamente a tutto vantaggio della qualità dei servizi proposti e, in ultima analisi, della qualità della vita dei pazienti.

ESEMPIO DI UNA SESSIONE

Avere un corpo ed essere un corpo: Koerper (corpo fisico) e Leib (corpo vivente)

Sessione di comunità di ricerca del 14 giugno 2007

INTRODUZIONE

Un breve excursus sulle concezioni del corpo più rilevanti per noi, all'interno della nostra tradizione filosofico-culturale:

IL CORPO CARCERE

Agli albori della filosofia, Platone ha sviluppato due dottrine convergenti, quella dell'immortalità dell'anima e quella del corpo come carcere dell'anima stessa. Da un lato l'anima viene valorizzata come quella parte dell'uomo in cui risiede la razionalità e la capacità di "vedere" la verità, una verità che, peraltro, in una sorta di vita beata prima della nascita, l'anima ha già conosciuto, e che si tratta quindi solo di ricordare e di raggiungere nuovamente, anche a prescindere dalla morte del corpo, anzi precisamente grazie a questa (intesa sia in senso simbolico, una morte come un dominio completo dell'anima sul corpo, sia realmente, nel senso che dopo la morte del corpo l'anima, finalmente sarebbe libera di contemplare il vero). Dall'altro lato, appunto, il corpo, soggetto al tempo, alla mutazione, all'invecchiamento e alla degenerazione, appare come una specie di gabbia, di schermo opaco che impedisce di vedere le cose come realmente sono e stanno. Infatti, soggetta alle passioni e alle infermità del corpo, l'anima – che pure ha una natura spirituale e una forma di essere più intensa e vera – è portata di qua e di là senza posa, cioè senza capire una volta per tutte che cos'è il proprio bene e qual è il modo per raggiungerlo (il bene dell'anima è l'idea del Bene, un bene spirituale e purissimo che racchiude in sé tutti gli elementi da cui noi deriviamo il nostro giudizio quando giudichiamo buona una cosa concreta, infatti tutto ciò che vediamo di buono è buono perché è partecipato dall'idea di Bene, perché "imita", ha in sé un germe, una parte, un seme dell'idea di Bene). Attraverso la ragione, che è l'organo del bene, ossia lo strumento attraverso cui noi lo conosciamo e lo apprezziamo, l'anima può però contrastare le pulsioni disordinate del corpo, può purificarle e dirigerle verso ciò che non muta, che è stabile, vero ed eterno. Questo è un po' come far morire il corpo, rompere le sue catene per liberare l'anima e permetterle di ricongiungersi con il principio che la realizza e la rende perfetta in modo definitivo (su questi temi cfr. Platone, *Fedone*, tr. it. e commento di G. Reale, La scuola Brescia, 1970 segg., ma anche G. Reale, *Storia della filosofia antica*, vol. II *Platone e Aristotele*, Vita e Pensiero, Milano, 1988, pp. 222-269).

IL CORPO MATERIA

Aristotele riteneva che l'uomo fosse un composto di un'anima/forma e un corpo/materia. L'anima realizzerebbe tutte le potenzialità latenti nel corpo, facendo di esso il proprio strumento cioè l'oggetto della propria attività formatrice (che dobbiamo pensare come quella di un artista che da un cubo informe di marmo trae una statua dalle forme belle ed armoniche). Così l'anima, lungi dal volersi liberare dal corpo, vuole anzi riunirsi ad esso, perché l'anima "lavora" con il corpo vi collabora per esplicitare e rendere operanti tutte le perfezioni che il corpo contiene "in nuce". La felicità, dunque, la felicità "spirituale", non è raggiungibile senza il concorso del corpo, perché altrimenti sarebbe vuota e senza carne, astratta e vaga. Tale visione è stata sostanzialmente assunta dal cristianesimo che afferma con Tommaso il dovere di amare il proprio corpo come creazione di Dio al quale l'anima, pur non coincidendovi, è naturalmente orientata (su questi temi cfr. Aristotele, *De anima*, II, 1; Tommaso d'Aquino, *Somma Teologica*, I, qq. 65-102).

IL CORPO MACCHINA

Con Cartesio nell'epoca moderna si afferma l'idea che il corpo sia una sostanza a sé stante (per sostanza egli intende "ciò che è in sé e si concepisce di per sé", ovvero un che appunto di autonomo, un componente basilare e relativamente semplice della realtà, qualcosa che "sta sotto" — sub-stantia — le diverse e sempre mutevoli manifestazioni della realtà). Tale sostanza è "res extensa" (cosa estesa), è capace di funzionare grazie ai meccanismi interni di cui è dotata e non ha relazioni interne necessarie con l'altra sostanza, lo spirito o il pensiero ("res cogitans" cosa pensante). Il corpo è allora come un orologio che rimane vivo finché non sia esaurita la sua carica. Da questa visione del corpo-macchina prendono il via tutti quegli studi empirici e scientifici che cercano di capire come funziona questa macchina e come intervenire per prevenirne e ripararne i guasti. Tale modello interpretativo del corpo è chiamato modello "meccanicistico" ed ha avuto molto successo – con le sue varianti ed i suoi aggiornamenti – fino alla fine del XIX secolo. Tra il XIX e il XX secolo la trasformazione dei paradigmi scientifici, i progressi della fisica, della chimica e della biologia, uniti all'affacciarsi sulla scena della psicologia sperimentale e della psicanalisi hanno progressivamente messo in crisi il meccanicismo e hanno rivalutato l'idea di una diversa interazione tra le parti nel corpo e tra corpo e psiche/mente (sul corpo in Cartesio, cfr. R. Cartesio, *Discorso sul metodo*, IV; *Le passioni dell'anima*, I; *Meditazioni*, VI).

IL CORPO VISSUTO

A. Rosmini, *Nuovo saggio sulle origini delle idee* (1830), IV, 702: "Queste due maniere, colle quali noi percepiamo il corpo nostro sensitivo, si possono appellare acconciamente co' nomi di extrasoggettiva e soggettiva. Quando noi percepiamo il corpo nostro nella seconda maniera, cioè per quel sentimento fondamentale che ci è dato d'esser vivi, noi percepiamo il corpo come una cosa con noi; egli diventa in tal modo, per l'individua unione collo spirito nostro, parte anch'egli del subietto senziente: e con verità si può dire che egli è da noi sentito come cosenziente. Quando all'incontro noi percepiamo il nostro corpo nella prima maniera, cioè nella maniera medesima onde percepiamo i corpi esterni pe' nostri cinque sensi, allora il corpo nostro come tutti gli altri è fuori dal soggetto, è un diverso dalle nostre potenze sensitive: non lo sentiamo più in quanto è cosenziente, ma puramente nei suoi dati esteriori, in quanto è atto ad esser sentito". Seguendo questo schema il concetto di corpo può essere inteso - come ha fatto il filosofo tedesco E. Husserl - nelle due accezioni di corpo vivente o Leib e corpo fisico o corpo-oggetto, Koerper. Il Leib è il centro di coordinamento di tutti gli altri oggetti che entrano in relazione con la nostra coscienza. Tutti gli oggetti del nostro ambiente si orientano in base al Leib, cioè al nostro corpo che VIVE dentro l'ambiente con quegli oggetti.

IL CORPO E' IL CENTRO DELLA NOSTRA CONOSCENZA: (*Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*: Nulla è nell'intelletto che prima non sia stato nel senso). Essendo il *medium* attraverso cui la coscienza si rapporta e si "apre" al mondo, essendo l'"apertura" della coscienza al mondo, il corpo è il tramite necessario della conoscenza del mondo. Ma se io uso un microscopio per conoscere guardare un particolare oggetto, ho la possibilità di accertarmi che sia tarato nella maniera giusta, affinché i risultati delle mie osservazioni siano affidabili. Se mi accorgo di qualche anomalia, posso chiamare il tecnico e farlo riparare. Ebbene, come può accadere di accorgermi che i dati forniti dal mio corpo non sono, per esempio, illusioni sensoriali? Posso prendere distanza dal mio corpo per capire se egli funziona bene o no, o meglio posso con la stessa parte del mio corpo che è impegnata nel conoscere, sapere se, mentre conosce, conosce anche esattamente? No, perché è impossibile che noi, mentre guardiamo una cosa, guardiamo noi stessi che la stiamo guardando: "La finitudine del nostro sguardo è anche l'insuperabile limite di una prospettiva: ci permette di guardare ma non di guardarci assieme a ciò che guardiamo" (V. Melchiorre, *Al di là dell'ultimo. Filosofie della morte e filosofie della vita*, Vita e Pensiero, Milano, 1998, p. 70). Come accade allora che io abbia una qualche sicurezza di ciò che sto conoscendo? La risposta è nel fatto che, mentre conosco do per scontato che sono collocato dentro un mondo abitato da altri Leib (corpi viventi), che a loro volta guardano il mondo me stesso mentre, dal canto mio, lo sto guardando. In questo scambio di sguardi, il mio viene completato da quello dell'altro e quello dell'altro dal mio, in modo che si viene a costituire un reticolo da cui emergono dati controllati e condivisi, rispetto ai quali un mio momentaneo allontanamento deve mettermi in guardia.

LA CONOSCENZA E' SEMPRE INTERSOGETTIVA cioè opera collettiva di una pluralità di soggetti. Ciò aiuta a superare la parzialità del mio sguardo sul mondo, in direzione di un'ideale completezza, cui ogni processo di conoscenza tende, anche se mai lo raggiunge.

IN QUESTA INTERSOGETTIVITA' per me gli ALTRI CORPI sono CORPI VISSUTI e non semplici oggetti.

LA NOSTRA COSCIENZA ATTRAVERSA IL CORPO E SI CONCENTRA DI VOLTA IN VOLTA IN DIVERSE PARTI DI ESSO.

Tutto il corpo è vissuto, cioè è il centro della nostra attività, oppure solo una parte? Noi possiamo con la mano destra sentire la mano sinistra e viceversa. Quando noi agiamo in qualsiasi modo con la mano sinistra sulla mano destra, la prima è il centro della nostra "intenzione", cioè è Leib, la seconda è sentita, cioè è oggetto

del sentire della prima, ossia è *Koerper*. E' la parte in cui si concentra la coscienza ad essere propriamente *Leib*, corpo vissuto. Il pianista quando suona è nelle sue mani, il chirurgo mentre opera pure, il calciatore mentre calcia un rigore è tutto nel suo piede e così via. La coscienza si sposta nel corpo, è nomade in esso. Solo noi sappiamo dove la nostra coscienza in questo momento si sta concentrando. Il fatto che l'intenzione della coscienza si sposti, eleggendo parti del corpo come elementi capaci di rappresentarne il cuore della propria attività verso l'esterno, fonda la possibilità della comunicazione attraverso queste parti, ma anche della dissimulazione: noi possiamo eleggere una parte del nostro corpo come parte deputata alla trasmissione di ciò che sentiamo e pensiamo (per es. gli occhi, lo sguardo, la postura), ma noi possiamo in base allo stesso principio, spostare il centro della coscienza in modo fittizio e dissimulato, tanto da comunicare agli altri un messaggio diverso da quello che è il nostro vero pensiero e sentimento.

NEL CONCENTRARSI DELLA COSCIENZA SU UNA DETERMINATA PARTE DEL CORPO si ha la costituzione di quella parte a simbolo della coscienza intera. Laddove una parte del corpo serve per esprimere un'attività che la coscienza ritiene costitutiva del senso del proprio esistere, quella parte diventa simbolo dell'intera vita della coscienza. Generalmente per gli utilizzi differenti che facciamo del nostro corpo, esso assume una peculiare valenza simbolica diversa da parte a parte.

Sul tema della corporeità, oltre ai testi citati, cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano 1965; V. Melchiorre, *Il corpo*, La scuola, Brescia, 1984; U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 1994

TESTO STIMOLO

Flannery O'Connor, *Il tempio dello Spirito Santo*, in Id., *Tutti i racconti*, tr. it. di I. Omboni, Bompiani, Milano, 1993, pp. 268-269.

Era un fenomeno vivente con un nome speciale, ma quello non se lo ricordavano. Il baraccone era diviso in due da una tenda nera: una parte per gli uomini e l'altra per le donne. Il palcoscenico occupava tutta la parete anteriore. Il fenomeno andava avanti e indietro, parlando prima agli uomini, poi alle donne, ma tutti potevano sentire. Le ragazze l'avevano sentito dire agli uomini: "Adesso ve lo faccio vedere e, se ridete, Dio può segnare così anche voi". Aveva una voce da contadino, né alta, né bassa, solo monotona. "Dio m'ha fatto in questo modo e se ridete può segnare così anche voi. E' stato Lui a volermi così e io non discuto la Sua volontà. Lo faccio vedere perché devo pur tirarci su qualcosa di buono. Spero che vi comporterete da gentiluomini e da signore. Non mi sono mai fatto niente da me e non me ne sono mai servito in nessun modo, ma devo pur tirarci fuori qualcosa di buono. Io non discuto". A questo punto c'era stato un lungo silenzio, poi, finalmente il fenomeno aveva lasciato gli uomini, era venuto dalla parte delle donne e aveva ripetuto lo stesso discorso.

La bambina, che aveva tutti i muscoli tesi, come se avesse sentito la risposta di un indovinello ancora più sconcertante dell'indovinello: "Volete dire che aveva due teste" domandò.

"No", spiegò Susan. "Era, contemporaneamente, un uomo e una donna. Ha tirato su il vestito e ci ha fatto vedere. Aveva un vestito azzurro".

La bambina avrebbe voluto domandare come si faceva a essere, contemporaneamente, un uomo e una donna senza avere due teste, ma non aprì bocca. Voleva tornare nel suo letto a pensarci su e cominciò a calarsi dalla contropalliera [...].

Rimase a giacere, cercando di immaginare il baraccone col fenomeno che camminava su e giù, ma aveva troppo sonno per capire come stavano le cose. Le era più facile vedere le facce della gente di campagna che guardava: gli uomini più solenni che in chiesa, le donne austere e composte, con gli occhi che parevano dipinti, tutti in piedi, come se aspettassero la prima nota del piano per attaccare un inno. Sentiva il fenomeno dire: "Dio m'ha fatto così, e io non discuto". E la gente rispondeva:

"Amen. Amen".

"Dio m'ha fatto così e io canto le sue lodi".

"Amen. Amen".

"Potrebbe segnare così pure voi".

"Amen. Amen".

"Ma non l'ha fatto".

"Amen".

"Alzatevi. Un Tempio dello Spirito Santo. Voi! Voi siete il Tempio di Dio. Non lo sapevate?"

"Amen. Amen".

"Chi profanerà il Tempio di Dio, Dio lo porterà alla rovina, e se ridete può segnare così pure voi. Un Tempio di Dio è una cosa santa. Amen. Amen".

"Io sono un Tempio dello Spirito Santo".

"Amen".

La gente cominciò a batter le mani, senza fare troppo chiasso, a ritmo regolare, tra un amen e l'altro e continuò, sempre più piano, come se sapesse che lì accanto c'era una bambina quasi addormentata.

DISCUSSIONE

-Relativamente al testo stimolo, c'è una diversa percezione dell'evento - cioè dell'esibizione del proprio corpo da parte del protagonista ermafrodita del racconto - nell'uomo nella donna e nella bambina. Quest'ultima percepisce attraverso l'osservazione degli altri.

-L'affermazione dell'ermafrodita, secondo cui da ciò che è capitato al proprio corpo, dalla disgrazia che gli è capitata deve "tirar su" "qualcosa di buono", introduce al tema di un corpo fatto strumento di sopravvivenza, di un corpo tipicamente reso-oggetto. A tale "oggettificazione" si oppone un certo sentimento morale, che rifiuta la strumentalizzazione della persona. D'altro canto ci si domanda se è sempre sbagliato utilizzare il proprio corpo come strumento per vivere: per es. un atleta professionista usa il proprio corpo per "tirarci su qualcosa di buono". Come mai giudichiamo legittimo il comportamento dell'atleta e non quello dell'ermafrodita?

-Perché appunto c'è la morale.

-L'ermafrodita sa che non sta facendo una cosa morale, ma non può fare altro.

-Nel tempo la coscienza del corpo cambia, oggi l'utilizzo del corpo da parte delle persone è molto più accettato. Il corpo diventa *business*.

-Che cosa c'è di immorale nell'espone il proprio corpo?

Il morale e l'immorale dipendono dalle culture e dalla società. Su questo si può concordare anche se vi sono delle leggi naturali, che poi sono certamente mediate dalla cultura e dall'ambiente.

pista di approfondimento: la natura della morale. Dire che il morale e l'immorale dipendono dalle culture e dalle società significa affermare che non vi è un criterio universale. Dire che vi sono delle leggi naturali significa al contrario affermare che vi è un criterio universale, la natura appunto. Se è chiaro il rischio insito nell'idea di un criterio morale universale da applicare a tutti i popoli, cioè quello di uniformare con la forza i comportamenti di chi può avere un'idea diversa del giusto e del buono, non sempre viene chiarito il rischio dell'affermazione secondo cui la morale varia da cultura a cultura, da epoca ad epoca, da società e società. Se si assume con coerenza tale impostazione si è costretti ad ammettere che tutte le valutazioni sono relative: cioè sono vere qui e per me, ma possono essere false da un'altra parte, in un altro tempo (p. es. anche domani), o presso una comunità, anche a me contigua, ma appartenente ad una cultura diversa. Ma le valutazioni morali non riguardano solo se sia o meno lecito portare la minigonna, oppure se si possa o meno prendere il sole in topless. Anzi, si direbbe che tali questioni siano banali, a fronte dell'importanza di altre e fondamentali giudizi morali, come ad esempio, il divieto del furto, la difesa della vita umana e, in generale, le leggi della convivenza umana. Su questo piano, dunque, assumendo una prospettiva "relativista" bisognerebbe accettare, per esempio, che da qualche parte nel mondo non sia esecrabile e punibile la violenza e lo sfruttamento dei bambini, o la schiavitù. Dal punto di vista logico, poi, chi afferma la relatività dei punti di vista, siano essi concernenti questioni morali o conoscitive o di altro tipo, incontra l'insuperabile difficoltà di dover affermare anche la relatività del proprio punto di vista "relativista", che, in questo modo, verrebbe automaticamente smentito: se tutto è relativo, anche l'affermazione "tutto è relativo" è relativa, dunque non-"tutto è relativo".

Ovviamente sostenere che vi sono dei criteri di giudizio universali, per non cadere in un radicalismo moralistico estremamente oppressivo, deve tener conto che ogni principio deve essere calato con prudenza nella realtà, quella prudenza che già Aristotele aveva ritenuto elemento indispensabile per l'equità del giudizio (cfr. il concetto di *epieikeia* - equità - in Aristotele, *Etica nicomachea*, V, 10, 1137 b- 1138 a). Essa comporta una moderazione dei giudizi intesa a renderli comprensibili e accettabili anche da chi parte da prospettive diverse ed è calato in situazioni speciali estranee al contesto in cui originariamente si sono definiti la legge e il principio secondo cui si giudica.

(furono relativisti i sofisti - su cui si può vedere il famoso saggio di M. Untersteiner, *I sofisti*, Laterza, Bari, 1954 - già criticati da Platone nel *Protagora* e nel *Gorgia*; sempre in ambito antico gli scettici come Pirrone e Sesto Empirico; nel medioevo le posizioni cosiddette nominaliste di Duns Scoto e Occam rischiarono di sfociare nel relativismo; neo scettico fu poi Montaigne; tendenzialmente relativista è la teoria dell'evoluzione; ogni storicismo, poi, affermando la variabilità dei punti di vista a seconda della loro collocazione nella storia è relativista - cfr. Dilthey e Spengler; in ultimo sono relativisti i seguaci di Nietzsche - che dicono che la verità è un errore forte e l'errore è una verità debole - la cui influenza si estende fino all'odierno pensiero debole di Vattimo e Rovatti)

-L'ermafrodita cerca di farsi accettare dal pubblico dicendo che la cosa che a lui è successa è in qualche modo naturale e l'esibizione del proprio corpo per guadagnarci è un peccato veniale. Insomma, non pare che nel racconto l'enfasi venga posta su un problema morale.

-A proposito dell'esposizione di parti del proprio corpo. E' stato detto che noi siamo nati nudi e che se il Padreterno avesse considerato la nudità qualcosa di moralmente negativo ci avrebbe fatto nascere vestiti. Tuttavia abbiamo tutti, pur nelle diverse declinazioni dovute alla cultura e all'ambiente storico, un senso del pudore. Da che cosa ci deriva tale sentimento? E' solo una "sovrastuttura" oppure c'è qualcosa d'altro?

-Nell'esperienza medica il pudore non è solo dovuto alla cultura ma anche al contesto all'età delle persone e al significato che esse attribuiscono all'esibizione di parti del proprio corpo. Di fronte al medico la vecchietta, che dovrebbe aver acquisito e introiettato un senso del pudore maggiore, si spoglia senza problemi, mentre la persona giovane ha maggiore ritrosie. Forse il senso del pudore è dovuto specificamente ad un ruolo sociale e al rapporto tra le persone nei diversi ruoli che di volta in volta incarnano. Per esempio un senso del pudore che noi riteniamo estremo nelle donne islamiche, non impedisce loro di acquistare biancheria intima griffata per i contesti in cui questa può essere esibita, senza pudore (per esempio in un contesto coniugale oppure in uno di sole donne).

-C'è infine una interpretazione soggettiva del pudore.

-Probabilmente c'è anche un altro elemento. Siccome, l'abbiamo visto prima, talune parti del corpo assumono per la coscienza un significato peculiare e comunicano all'altro significati peculiari, il pudore può rappresentare la volontà di coprire certe parti affinché il significato comunicato da quelle non venga trasmesso e non si crei l'equivoco di interpretare la totalità della persona in base al significato trasmesso da una parte del suo corpo. Viceversa si possono, per esempio nelle dinamiche deduttive, ma non solo, scoprire parzialmente o totalmente certe parti, con l'intenzione di richiamare l'interlocutore sul significato che tali parti esprimono.

-Nel pudore c'è dunque una dimensione psicologica e simbolica molto delicata - p. es. quando si vuole umiliare una persona, secondo le tristemente note pratiche concentrazionarie, la si mette nuda di fronte all'estraneo - e non tutto può essere lasciato alla contestualizzazione sociale. Anche perché il pudore appare un sentimento che, pur in declinazioni di volta in volta diverse, attraversa tutte le culture.

-Che il modo in cui usiamo al nostro corpo dipende dal messaggio che vogliamo dare di noi stessi, soprattutto per quanto riguarda non solo la nudità ma anche il modo in cui la nudità viene coperta con i vestiti.

-Il ruolo dell'infermiere e del medico nei riguardi del corpo del paziente. Di fronte al medico il corpo del paziente si espone come ad una dissezione anatomica, cioè al modo di un *Koerper*, e come tale priva, almeno in parte, dei sentimenti, come il pudore, che tipicamente accompagnano il corpo vissuto o *Leib*.

-L'infermiere si prende cura del corpo del paziente. Lo muove, lo lava, sovviene alle sue necessità quando vi sono situazioni di disabilità più o meno temporanee. L'infermiere ha cioè un rapporto più diretto con il corpo del paziente che non il medico. Ciò può generare imbarazzo, soprattutto in caso di diversità di sesso tra infermiere e paziente. Anche se la "quantità di pudore" cambia non a seconda della maggiore o minore nudità, ma a seconda degli atti. Per esempio, un paziente non mostra di avere pudore nell'entrare in sala operatoria, quando sa che sarà, e in parte già è, nudo di fronte a medici e infermiere di sesso diverso, bensì mostra imbarazzo nel chiedere all'infermiera la padella.

-Il presentarsi sempre e comunque in determinate circostanze, per esempio quella suddetta, oppure nel corso di una visita ginecologica, di un imbarazzo "pudico" fa sembrare il pudore un sentimento naturale (pur legato indissolubilmente a contesti e circostanze).

pista d'approfondimento: Un'interpretazione fenomenologico-personalistica del sentimento del pudore (attinente alla sfera sessuale). Nel suo *Amore e Responsabilità* (tr. it. di A. Berti Milanoli, Marietti 1820, Genova, 2005¹¹), Karol Wojtyła analizza, sulla scorta dei filosofi fenomenologi M. Scheler (*Pudore e sentimento del pudore*, Guida, Napoli, 1989) e F. Sawicki, il fenomeno del pudore. Per Wojtyła il pudore deriva dalla naturale tendenza a dissimulare i valori sessuali del proprio corpo affinché questi non divengano motivo di godimento per l'altro. Cioè: le parti del corpo sessualmente connotate vengono nascoste perché la loro esposizione induce lo spettatore a ritenere il corpo di quella persona che le espone uno strumento del proprio godimento. Ma trasformare il corpo in un oggetto di godimento è contrario all'essenza della persona. "Essa si appartiene, ha diritto di autodeterminazione, quindi nessuno può ledere la sua indipendenza. Nessuno può nemmeno rendersene proprietario, a meno che non sia lei stessa ad acconsentirvi, donandosi per amore. Questa inalienabilità oggettiva della persona e la sua inviolabilità trovano espressione proprio nel fenomeno del pudore sessuale, che non è altro che un naturale riflesso dell'essenza della persona" (pp. 129-130). Ovviamente, se il corpo diventa oggetto di un godimento altrui esso viene strumentalizzato e in quanto strumento non appartiene più a se stesso ma a colui che lo usa. Dunque il pudore si determina proprio a difesa della autoappartenenza personale del corpo a se stesso, in un atteggiamento

di protezione che permette l'accesso ai valori sessuali solo a condizione di una donazione reciproca di sé in un amore che è concettualmente connotato come l'esatto contrario dell'uso (cfr. pp. 15-32), un amore che fa emergere non il primato di sé ma quello dell'altro, il cui bene è assunto come il proprio, laddove nell'uso il bene altrui è forzatamente fatto coincidere con il proprio.

Di contro a tale interpretazione si staglia quella psicanalitica che nelle sue varianti libertarie è ormai entrata nel senso comune. Nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (in *Opere*, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 440-546) Freud definisce il pudore come "argine nevrotico opprimente le pulsioni sessuali [...] Bisogna considerare queste potenze che limitano lo sviluppo sessuale - il pudore, il disgusto, la moralità - come precipitati storici delle inibizioni esterne subite dalla pulsione sessuale nella psicogenesi dell'umanità". In tale filone di pensiero si colloca la riflessione di H. Marcuse che in *Eros e civiltà* identifica pudore e repressione sessuale volta a deviare l'energia erotica, di per sé ludica e liberante, verso il contesto dell'alienazione produttiva e lavorativa. Invece, secondo il filosofo tedesco, è necessario che il corpo dell'uomo ritorni organo di piacere e non di fatica, ri-sessualizzare il soggetto e le sue atrofizzate zone erogene, ri-erotizzare l'esistenza intera per viverla ai massimi livelli ludico-creativi, ritrovare quelle perversioni rimosse insite nella nostra sessualità polimorfa: "Esse sono una promessa di felicità ed esprimono la ribellione contro la sottomissione del sesso all'ordine meramente procreativo e contro la sottomissione dell'io del piacere all'io della realtà [...] Le perversioni si caratterizzano con un rifiuto di quel sentimento di colpa che va di pari passo con la repressione sessuale". In questa linea libertaria si collocano anche le riflessioni di G. Bataille, *L'eroticismo* e W. Reich, *La rivoluzione sessuale*, Feltrinelli, Milano, 1974.

-I contesti e le circostanze influiscono assieme forse alla dimensione della volontarietà. Se uno decide di esporsi, come si fa quando si prende il sole in topless al mare, prova sentimenti diversi da quando espone le stesse parti del corpo di fronte a tre o quattro medici nel corso di una visita senologica.

-A seconda dei contesti ognuno usa e considera il proprio corpo in modo diverso. Si possono gestire i significati del proprio corpo in modo differenziato con, però dei limiti morali, limiti che, tuttavia, hanno un senso, una collocazione e una genesi prevalentemente sociale.

-Non si possono però dare ragioni del pudore, e delle declinazioni del pudore in dati contesti, nel senso che determinate convinzioni sono quasi assunte nel patrimonio genetico della persona.

-Vi sono motivazioni religiose che enfatizzano le differenze sessuali anche attraverso una peculiare dinamica di copertura-scopertura di parti del corpo come nell'islam. Tali motivazioni sono presenti in diverse fedi, anche nel cattolicesimo e non solo nell'islam. Forse l'evoluzione dei costumi ha avuto un passo diverso nelle diverse culture, in modo che nella nostra cultura si è giunti a limitare lo spazio corporeo del pudore, mentre altrove esso ha mantenuto una più vasta estensione.

-Nell'ambito sanitario simili diversità risultano avere sempre più rilevanza, soprattutto in relazione alla "gestione" del corpo di chi per motivi religiosi/culturali rifiuta di esporlo anche allo sguardo terapeutico. E' capitato il caso di una donna islamica malata di tumore molto più preoccupata di doversi parzialmente spogliare di fronte ai medici che non della grave malattia dalla quale era colpita.

pista di approfondimento: S. Natoli, *L'esperienza del dolore. Forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano, 2006³, pp. 147-172, ha elaborato una teoria del pudore che si attaglia bene all'ambito sanitario. Il pudore ha a che fare con il corpo sempre esposto alla caducità, cioè al dolore, alla dissoluzione e alla morte. In tale frangente esso esprime il contegno della persona sofferente, che dissimula agli altri la propria condizione, e in questa dissimulazione trova il modo e l'energia per affrontarla: "Il pudore disarticola, frammenta e svia le potenze distruttive del soffrire, non foss'altro per il fatto che le sottrae agli sguardi curiosi degli altri, che diverrebbero da soli principio di *enfasi* della sofferenza in atto. Il pudore quindi svolge una doppia funzione: dissimulando il dolore dispone l'animo a sopportarlo; nel contempo alimenta la capacità di simulare la gioia e perciò fa germinare le condizioni per una gioia simulata [...]. Simulare la gioia è un modo di andarsela a cercare: questa simulazione, nel momento in cui occulta gli elementi demolitori che invadono il soggetto, costringe il medesimo a guardare ai momenti positivi della realtà e a liberare verso di essi il proprio desiderio e le proprie energie, poche o molte che siano" (pp. 155-156). Tale visione suggerisce il rispetto di tutta la persona malata, sia nella sua volontà di non esporsi corporalmente (quando ovviamente ciò è possibile e non pregiudica le terapie) sia in quella di non esporsi "moralmente" allo sguardo altrui. Forse il silenzio, i molti non detti della malattia possono essere anche interpretati attraverso questa categoria di "pudore".

-Ci si domanda se in queste culture il corpo non abbia più valore di quanto non ne attribuisce la nostra cultura. Paradossalmente è più corpo vissuto quel corpo "coperto" che non il nostro modo di concepirlo e tranquillamente esporlo in modo più oggettivante. Ciò a prescindere dai casi in cui un particolare modo di vestirsi e di coprire il corpo può diventare bandiera di un orgoglio religioso polemico, per esempio, contro i costumi dell'Occidente.

-Tuttavia anche noi in Occidente manteniamo un modo specifico di vivere la simbolicità del nostro corpo, si pensi a tutto ciò che riguarda l'immagine di sé fornita dal corpo e ai problemi ad essa connessi: obesità, calvizie etc. Non credo che vi sia nessuno per cui il corpo non conti niente, forse i clochard.

