

Salvatore Natoli

L'esperienza del dolore nell'età della tecnica

Il mio argomento è quello di considerare, di analizzare l'esperienza del dolore nell'età della tecnica, e per affrontare con attenzione e misura questo tipo di riflessione, articolerò il mio ragionamento in due parti: una prima parte cercherà di indicare, descrivere, cogliere che tipo di esperienza è quella del dolore, cioè la natura di questa esperienza, e la seconda parte invece sarà quella di vedere come viene vissuta questa esperienza all'interno di una cultura, all'interno di un'epoca del mondo che noi definiamo come tecnica. La tecnica è qualcosa di più che l'uso di strumenti, è un modo di concepire il mondo: è questo il vero passaggio epocale in cui noi ci troviamo, e quindi siamo chiamati a responsabilità inedite, ignote prima che questo evento accadesse.

Cerchiamo di identificare l'esperienza del dolore. Questa è in prima istanza esperienza della lacerazione. Più o meno è sempre stato così. I modi per sanare questa lacerazione sono, poi, strategie di diversa natura. Possono essere approcci problematici, possono essere teorie, ma tutto questo insorge a partire dall'esperienza della lacerazione, che ha due aspetti, due facce che però entrano in circolo tra di loro. Una faccia è l'oggettività del danno, l'altra è la dimensione del senso.

L'esperienza del dolore si sviluppa nel soggetto umano come circolarità tra danno e senso. Una delle cose più gravi, delle mutilazioni più gravi a cui la tecnica – che pure tanti vantaggi ha avuto – ha condotto, è stata separare l'oggettività del danno dal senso. In fondo il gesto iniziale della clinica moderna – come dice Foucault – parte dall'apertura dei cadaveri. E lì non c'è senso, c'è la constatazione del danno, la simmetria tra la lesione e la malattia. L'uomo è ricostruito a partire dal cadavere, è dispiegato nella clinica. Nella medicina tissutale prima e poi, a livello moderno, addirittura in quella cellulare, microcellulare, ecc., è dispiegato, perde volume. L'occhio del clinico guarda l'uomo come una superficie immensa, ma non c'è più l'io.

Allora la medicina moderna nasce da questa dimensione: guardare all'uomo dispiegandolo, cioè portando ad evidenza l'oggettività del danno. Questo non è stato un fatto negativo – lo riprenderemo questo ragionamento – ma ha avuto molta ragione di successo: non saremmo qui se questo non fosse accaduto, non ci sarebbero queste organizzazioni se questo non fosse accaduto; però il rischio di questa dimensione è quella di far perdere volume, di separare l'uomo dalla sua densità in senso lato, diciamo di soggetto, di io, e l'io è appunto la dimensione attraverso cui l'uomo conferisce senso, si muove nel senso, attraverso cui l'uomo è uomo per l'uomo; è tale in quanto è un'apertura di senso rispetto al mondo.

Riprenderò tra poco questo tema, per adesso mi limito soltanto a dire che certamente l'oggettività del danno c'è. E l'oggettività del danno è talmente oggettiva che noi potremmo fare un esperimento mentale, un facile esperimento mentale, e immaginare una lesione qualsiasi del corpo umano, inteso come entità fisica, quella entità che si dispiega, e immaginarla nel VI secolo a.C. ad Atene, nel mondo indiano buddista, nella società medievale, considerarla oggi, immaginarla in un ipotetico futuro: un punto del corpo, la stessa lesione.

Facciamo l'esperimento mentale ancora di più: immaginiamo che gli Indiani avessero avuto le possibilità della radiografia: avrebbero potuto registrare quella stessa lesione, in quello stesso punto uguale; il danno, nella sua dimensione oggettiva, può essere assolutamente uguale. Ma completamente diversa è l'esperienza del danno nel soggetto, a partire dalla soglia del dolore, fino alla comprensione della sofferenza stessa, perché nella rassegnazione cristiana quella lesione è vissuta in un modo, nella concezione indiana quella stessa lesione è vissuta in un altro modo, nel mondo della tecnica è vissuta in un altro modo.

La percezione della lesione entra nel vissuto. Sappiamo bene quanto un dolore possa essere maggiore o minore in base a come il soggetto lo vive e non per quel che la lesione in se stessa comporta. La dimensione del danno, la dimensione che possiamo dire oggettiva e universale del dolore, è pressoché equivalente, non così quella del senso. Allora non è vero che il dolore è universale, perché se è vero che il dolore è nella circolarità tra danno e senso, esistono esperienze del dolore intraducibili l'una nell'altra. Ecco perché molte volte il dolore dell'altro è chiuso a noi, ed è chiuso a noi perché noi non riusciamo ad entrare nella sua regione di senso; ci resta la pura, neutra equivalenza del danno.

Definire "universale" la sofferenza è quindi una banalità; il fatto di dire che tutti gli uomini soffrono, è una banalità, perché *il modo in cui soffrono* li rende radicalmente eterogenei gli uni rispetto agli altri.

Ed è qui che c'è la difficoltà del compito terapeutico, e qui c'è la difficoltà di una comparatistica tra le epoche, cioè tra il modo in cui il dolore è stato vissuto nelle diverse epoche del mondo. Per questo il dolore nell'età della tecnica è un dolore oggettivamente diverso: la configurazione epocale della sofferenza lo ha reso diverso.

Già da questo capirete che il problema della tecnica non è un problema di strumenti, ma è un problema di relazione al mondo attraverso la tecnica, e quindi di senso del proprio soffrire, senso del proprio morire. Diciamo allora che l'esperienza del dolore è questa circolarità tra danno e senso. E in questa circolarità accade quella lacerazione dovuta a questa circostanza: l'esistente, l'uomo in quanto esistente è intenzionale. Sì, lo possiamo tradurre questo termine *intenzionale*: l'uomo è un'apertura al possibile. Il mondo è lo spazio delle possibilità per sé. L'uomo si costituisce in questo spazio di riferimento, e il riferimento è dato dal suo movimento stesso nel mondo, dal modo in cui l'uomo lo percorre. Non c'è un riferimento oggettivo, c'è un camminare nel mondo: l'uomo si fa in questo cammino, e si fa perché il mondo è l'apertura delle possibilità. L'uomo è questa cosa qui: la parola più elementare che ci indica questo, più diffusa, più ovvia ma, in questo senso, più che mai vera, è che *nascere* vuol dire *venire al mondo*.

Questa parola è molto più vera della formula filosofica un po' sofisticata di

Heidegger «essere nel mondo», dove c'è un presupposto gnostico, un'intellettualizzazione dell'esistenza, quasi una gettatezza, con poi una conseguente iperbole della provenienza, del luogo, non luogo, quindi quella caduta rinviata ad ipostasi eccessive. È molto più giusta la posizione fenomenologica “venire al mondo”; io esisto in quanto il mondo è lo spazio del mio andare, dove definisco mete, articolo progetti.

Il desiderio, nella sua costituzione fondamentale, è il movimento verso gli oggetti del mondo. La lesione, il danno, che cos'è? Il danno è dato dal fatto che io, che sono l'apertura del possibile, sperimento l'impossibile per me. Il possibile non sono le cose, le cose sono possibili perché sono istituite dal mio movimento: questa bottiglia è una possibilità, perché io ho il desiderio di bere, e lo compio, nel bere.

La dinamica dell'essere al mondo è questa dimensione del movimento orientamento-desiderio. Ecco perché il possibile non è un'entità astratta: io sono questa realtà. Io sono un insieme di possibilità note e di possibilità estreme, di cui ho la percezione, ma non ho ancora la misura, e che pure vorrei tentare; la vita è anche tentativo, è portarsi al limite delle proprie possibilità per stabilire dove arrivo, la vita è sconfinamento. Il danno impedisce lo sconfinamento, addirittura non permette di arrivare alle cose più vicine («dammi da bere... mi fa male il braccio»).

Ecco, questa è la lacerazione. Allora il dolore – e anche qui il dire comune identifica un'esperienza – inchioda, paralizza. E non soltanto il dolore fisico: anche il dolore mentale paralizza, perché rompe la relazione io-mondo. Se c'è una cosa grave nel dolore mentale, è proprio l'interruzione delle relazioni. Ma di questo eventualmente più avanti.

La lacerazione ha quindi questa doppia faccia: per un lato il dolore inchioda, e quindi mi fa apparire il mondo come il non possibile per me – io che sono istitutore possibilità – e dall'altro lato separa dagli altri. Questo rende più atroce il dolore: gli altri passano e vanno per il mondo. Oltrepassano il sofferente e sono tutt'al più capaci di compassione. Ciò scatena una relazione equivoca che tanto odia il sofferente. Il sofferente è insofferente alla compassione. Chi ha visto coloro che soffrono, chi ha visto i malati, si accorge che il sofferente è insofferente alla compassione, perché la compassione è un modo per dire «poveretto... ma io non sono là».

La dimensione di comprensione del sofferente, e ne parlerò nella seconda parte, è una cosa ben diversa dalla compassione. Perché nella compassione in fondo c'è un vincitore che se ne va. «Poveretto»: il dire comune è evidente. In questa parola non è che non vi sia dispiacere, ma intanto la vita chiama. Io ho altri impegni, ho altre cose da fare; e l'altro sta là. È inchiodato rispetto a quello che vorrebbe e non può fare e per questo è separato dagli altri.

Essere con gli altri vuol dire coesistere con le possibilità degli altri, entrare nelle esperienze comuni. Se non si entra in questa dimensione, l'esperienza è della separazione. Si tratta di vedere poi come è raggiungibile questo sofferente, per quale via. L'esperienza del dolore come lacerazione, rende irrilevante il linguaggio. Rende irrilevante il linguaggio perché mostra l'impotenza della parola rispetto alla condizione e all'esperienza. L'impotenza della parola comune, perché la parola comune, quella che vuole consolare, quella che vuole aiutare, diventa convenzionale e patetica. Ma vi è impotenza anche della parola sistematica, cioè delle proposte teoriche, dottrinarie, e – dico di più – negli orizzonti di senso entro cui l'uomo è costituito.

È vero che l'esistenza dell'uomo è un'esistenza simbolica, ma l'uomo non sceglie i suoi simboli (altrimenti il simbolo non sarebbe simbolo), appartiene a simboli; l'uomo apre il suo senso già entro un orizzonte di senso. Per questo possiamo parlare di una concezione buddista o cristiana: il simbolo è la credenza a cui il soggetto aderisce. È come nel linguaggio: quando l'uomo comincia a parlare, non fonda una lingua, perché altrimenti non riuscirebbe a capire neppure se stesso, ma entra in un linguaggio già in corso, lo soggettiva, lo personalizza, lo modifica, ma non lo fonda e non potrebbe farlo mai. Così nell'esperienza simbolica l'uomo è già appartenente, *ab origine*, ad un simbolo, non lo istituisce, vi aderisce, con il suo peso specifico, con la sua gravità. In questo modo lo modifica, ma non lo istituisce. Altrimenti il simbolo non sarebbe più simbolo, ma sarebbe una convenzione.

Il simbolo non si sceglie, al simbolo si appartiene, e il simbolo è un veicolo di senso: lo è nelle società mitiche, lo è nelle società religiose. Il simbolo veicola senso, stabilizza l'incertezza del mondo. Non la toglie, ma la stabilizza. Tuttavia, nella sofferenza si dubita dello stesso simbolo. Il cristiano riesce a dire «ma Dio tu ci sei? questo dolore non ti svela come una menzogna?». Questo nella storia è stato detto a partire dal grido di Giobbe.

Lacerazione del linguaggio, quindi; non solo del linguaggio ordinario che diventa un linguaggio banale, patetico, edificante, ma anche la perdita di senso del radicamento simbolico che mi permette di stare al mondo, attribuendo significato alle cose. Nel dolore l'uomo perde anche il suo radicamento simbolico più originario, che sta prima di lui e che lo costituisce. Nel dolore l'uomo si è sempre domandato – e questo la storia delle forme mitiche, comportamentali, lo mostra – che senso ha il mondo. Se il mondo non ha senso per me, che senso ha il mondo? Il mondo è diventato il luogo dell'irrazionalità. Nulla si può dire con senso di questo mondo dove io non ho più senso.

Allora lo stesso radicamento simbolico viene incrinato, vacilla. E quindi tutto il linguaggio salta. Si ricostituisce subito dopo – e verremo a questo punto – ma ci sono momenti in cui salta. Le caratteristiche, i punti estremi di questa esperienza, sono il *grido* e il *silenzio*. «Una sventura tremenda mi ha colpito, ed è muta», dice un lirico greco. Il sofferente non parla, o grida, e nel grido c'è appunto lo stravolgimento della voce: c'è la voce animale che nell'animale è però segno della sua natura. Nel grido c'è l'inabissamento del senso. Il grido è la parola che non ha significato, che è squarcio. A fronte del grido vi è un dolore muto, ma è un silenzio che grida. Il silenzio del sofferente è un silenzio che grida. Nulla di più tragico, quando si incontra un sofferente, che il non sapere cosa dire. Un silenzio dilaniante che urla: a quel silenzio si vuole sfuggire. Un silenzio senza quiete, disperato; nulla più disperato del silenzio. E poi, invece, si parla della partita di calcio perché è giusto che si parli della partita di calcio. Ci deve essere una finzione che soddisfi una voglia di comunicazione – perché nel sofferente la voglia di comunicazione rimane – in cui non c'è nulla da comunicare. Questo è un problema molto serio. È possibile avere con chi soffre una comunicazione che non sia dissimulazione? Tutto il discorso sul consenso informato si radica in questo. Le deontologie molte volte sono risibili. Tutti sappiamo quanto certi malati sanno, e sanno bene quello che hanno. Ma dichiararlo spesso non consente più di poter parlare. Che dire? Vi è spesso un ammiccamento silenzioso che lascia essere un discorso; in taluni casi per-

ché la comunicazione possa vivere bisogna dissimulare la verità. E il primo a conoscerla è il paziente. Quando un paziente è sottoposto per un po' di tempo a una terapia e vede che diminuisce di peso, e vede che le forze non tornano, o è un imbecille, e allora soffre anche poco, o altrimenti è il primo a capire in che condizioni è. Si parla molto di comunicazione. La comunicazione è il luogo della rivelazione, come diceva Gargani molto bene nella sua conclusione, ma è anche il luogo del rinvio e del fraintendimento, perché qualcosa possa durare oltre il segno della sua fine, incombente in essa.

In queste ultime battute ho mostrato come nel dolore il linguaggio divenga privo di senso, ma come nel contempo il sofferente cerchi il linguaggio. Se non lo trova non vive: il dolore lo si vive solo in quanto lo si esprime. Il radicamento nella vita non è solo un radicamento biologico, di forza animale, di cellule, di organismo, ma il radicamento nella vita è il radicamento nel senso. Nel dolore, il soggetto si accorge che non può più comunicare, però non dismette la voglia di vivere; la relazione con l'altro è una dimensione della sua esperienza di vita. Dico di più – e vi tornerò fra poco – la vita è relazione. Come già all'inizio ho detto, la vita è apertura di possibilità: ma cos'altro vuol dire apertura di possibilità, se non relazione?

L'uomo è un gioco, un nodo di relazioni, è un insieme di fili di cui non vediamo l'inizio e che si riannodano in un punto che chiamiamo soggetto. Tutti parlano oggi più che mai di io-multiplo, di dimensione multiversa. Dove comincia, dove finisce il soggetto? Dove finisce la mente? Mente... corpo... – basti pensare a Bateson – cos'è l'uomo? È l'insieme delle sue proiezioni nell'ambiente, o sono i suoi settanta chili? Dov'è il confine dell'uomo? Nel perimetro della sua pelle, o la pelle è inclusa nel suo progetto di mondo? Altrimenti non esisterebbe neanche la pelle, e neanche le ossa.

Ecco allora che questa catena di relazioni sussiste nel soggetto anche se è intaccata in un suo punto, sia pure vitale. La catena di relazioni è molto di più del luogo del danno. Se è vero che l'uomo è un insieme di relazioni, è un prisma relazionale, nonostante sia intaccato in una sua parte vitale, la sua vita è altro, è la sua relazionalità stessa. Ecco perché l'uomo, anche nel dolore, anche quando si accorge che il linguaggio ordinario, le teorie, l'esperienza simbolica e le fedi crollano, essendo relazione, ha voglia d'altro, l'altro che è lui stesso, e quindi cerca la comunicazione, la comunicazione giusta.

Come esiste nell'esperienza della sofferenza il grido silenzioso e tragico, esiste anche il silenzio confidente; l'altro custodisce il paziente senza dire alcunché, ma segnalando al paziente che la sua esistenza è importante per lui. In questo modo colui che muore, colui che dal dolore, dalla malattia è sottratto alla vita, si lega alla vita perché è importante per qualcun altro. E questa è una dinamica rovesciata rispetto alla compassione; non è la compassione che consola il paziente, ma il fatto che lui non può morire perché c'è qualcuno che lo ama. Su questo punto tornerò, ma voglio soltanto mostrare come, nel linguaggio che cade, il sistema di relazione che è la vita stessa, cerca parola. Quindi quelle stesse verità, quegli stessi simboli di fede che crollano, ritornano, perché attraverso questo materiale simbolico, attraverso la comune credenza, il soggetto può parlare di sé, quantomeno può ergersi a problema, ha la possibilità dell'interrogazione.

Mi è capitato molte volte di incontrare dei sofferenti e avere con loro dei colloqui. In una società secolarizzata, per cui non c'è più Dio – e probabilmente se queste perso-

ne non si fossero ammalate a Dio non ci avrebbero pensato, e meno che mai avrebbero pensato al Dio cristiano – nel parlare della loro sofferenza, usavano un lessico che era quello della tradizione religiosa, e in specie quello della giustizia: «perché a me?». I codici si contaminano, ma sono più originari dei soggetti. I soggetti si inscrivono in codici che deformano, ma non decidono. In un mondo secolarizzato il sofferente non vuole parlare di Dio, eppure, nella sofferenza, per parlare di sé, trova un lessico originario antico che è quello teologico della giustizia. «Perché a me?». Non c'è risposta, ma non è importante che ci sia risposta; c'è la possibilità di parlare di sé con un altro, anche se l'altro gli dice «non è questione di colpa». Questo è tanto più normale quanto meno le intelligenze sono sofisticate, e quindi essendo meno sofisticate hanno meno potere di deformare il lessico originario di appartenenza: sono meno proiettive sugli altri linguaggi, sono più vincolate a questo lessico antico, secolare, anche oggi.

Diciamo quindi che nella rottura del senso, nella lacerazione, la vita ritesse la matassa. In modo involontario e improbabile il senso si ritesse. Perché il dolore è un lusso di chi vive. Non c'è sofferenza se non c'è vita, e soprattutto non c'è sofferenza se non c'è soggetto.

Quando il dolore è vivo – e un tempo era vivo – intenso, elevato, si sviene; non c'è più il soggetto, non c'è la problematizzazione del proprio dolore. Nel coma non c'è la problematizzazione del proprio dolore; c'è il disagio degli altri che osservano, ma non la problematizzazione del proprio dolore. L'esperienza del dolore ha luogo in un io vigile, e questo è un problema molto importante per la società della tecnica, e tra poco diremo perché.

Un paesaggio che andrebbe più dettagliatamente attraversato, ci mostra come al di sotto della lacerazione del senso, il senso si ritesse, perché il soggetto è una tessitura. Il luogo in cui è colpito, per quanto intenso sia, per quanto metta in pericolo la propria vita, non lacera la tessitura originaria che rende possibile l'esperienza del dolore. Per questo, in un mio saggio sulla felicità, mi ero permesso di dire: il dolore è per gli uomini più consueto, ma è meno originario. C'è un abbarbicamento originario all'esistenza, per cui il dolore più atroce resta tollerabile. E bisogna scendere a quella profondità per suscitare nel soggetto istanze di vita, capacità di resistenza, di rilancio. Ed è possibile.

Se è vero tutto quello che abbiamo detto, se quanto meno è plausibile, e quindi il danno è ospitato in un senso, e il senso rende possibile l'esperienza stessa del danno, e quindi il dolore, di per sé invivibile, diventa una cosa vivibile (gli uomini normalmente non si uccidono quando soffrono), se è vero questo, allora come si determina, come si formula, l'esperienza del dolore nell'età della tecnica?

In alcune mie ricerche ho mostrato come, per esempio, nel mondo greco la concezione del dolore e il vissuto del dolore fossero completamente diversi dal modo in cui il dolore è stato vissuto nel mondo cristiano, nell'universo cristiano. Questo perché il radicamento simbolico dei soggetti era diverso nei due orizzonti. Ma nella tecnica, il radicamento simbolico è quello della tecnica, che però non è pensata dai soggetti in termini epistemologici o di fenomenologia della scienza, o di filosofia della scienza. La tecnica è contaminata con la tradizione religiosa. Nella società della tecnica c'è un doppio movimento, e questo sia che gli uomini siano sani, sia che siano malati. È il modo in cui appare l'orizzonte del mondo: la tecnica dà agli uomini la sensazione che il mondo sia illimitatamente manipolabile. E in questa manipolabilità illimitata del

mondo, l'uomo è capace di prodursi la propria salute. A partire dall'800 si è entrati in questa visione del mondo, che è diventata la visione comune, diffusa. Fino al '700, Rousseau poteva dire che i medici erano quel tipo di persone sotto le cui mani i pazienti per lo più morivano, e quindi era bene usarli poco. Anche la medicina dell'800 aveva handicap di questo tipo. La tecnica era una tecnica meccanica, ma ancora non aveva raggiunto le sapienze cliniche. A partire dal '900 è emersa una stagione felice. Ora gli uomini non studiano scienza, ne godono i frutti. La gente guida la macchina, ma non sa come funziona un motore a scoppio; usa il computer, più che mai, ma non sa, sconosce la logica con cui è costruito, e non se lo chiede; usa la medicina, ma non ha per nulla presente i percorsi di ricerca per cui si arriva a un farmaco. Alcuni poi, addirittura, se gli si chiedesse dove si trova collocato il pancreas nel proprio corpo, non saprebbero rispondere (sarebbe interessante fare un esperimento di questo tipo).

Cosa vuol dire allora età della scienza? Età della scienza non vuol dire avere competenze sui processi, ma vuol dire rapportarsi al mondo con l'idea che l'uomo è capace di manipolarlo a tal punto da prodursi la propria salute. E se, nella disperazione, in tempi antichi, l'ultima *chance* era la preghiera, oggi il più credente tra gli uomini dimentica la preghiera fin quando non ha consumato tutte le ultime *chance* della medicina. Magari per provare. Se è vero questo ragionamento la tecnica non è l'insieme degli strumenti. La tecnica, come epoca del mondo, è la religione del tempo, e quindi è simbolica e mitica, e nessuno esce da questo ombrello. La tecnica viene problematizzata quando fallisce, allo stesso modo che Dio viene problematizzato quando si allontana così tanto da poter ritenere che non ci sia affatto.

Non è un caso – e qui parlo in un ambiente medico-clinico – che tutto il problema della relazione umana, della tessitura antropologica, ecc., abbia avuto come bacino di insorgenza due luoghi tipici da questo punto di vista: le malattie terminali e la psichiatria, cioè due luoghi dove la potenza tecnica non attinge il risultato. Laddove la medicina produce successi associati al farmaco, il problema della relazione umana non è sorto. Voi medici vi siete mai posti il problema della relazione umana con un diabetico? Sì e no, anzi oggi sì, nel senso che con la tecnica della medicina bisogna trasformare il paziente in medico di se stesso. Allora tutte le malattie dismetaboliche sono malattie che il malato, addottrinato dal terapeuta, deve curare da sé. Ma questa è una stagione recente, perché fino a venti anni fa, quelli che avevano la pressione alta neanche sapevano di averla, prendevano la pillola e la interrompevano quando si abbassava la pressione. E poi morivano di ictus.

Oggi c'è una pedagogia; però il problema della *relazione* è nato in quei luoghi della medicina dove c'era un deficit della tecnica. Perché la psicanalisi, la psicoterapia, non ha avuto la forza e la potenza di trasformarsi in numero? La mente, nonostante tutto, è stata irriducibile a molecole. E allora lì, in quel deficit, laddove la tecnica come manipolazione infinita si trova in un gap, allora qui scopriamo il soggetto. Occasione buona per riscoprirlo, ma è sintomatico, e di molto, rendersi conto che il problema della relazione con l'altro nasce nei luoghi in cui la tecnica entra in difficoltà.

La convinzione comune è che la tecnica sia regolatrice del male, non nel senso che sana – può anche non sanare – ma perché non ci resta che quella. Gli altri discorsi non sono assennati. La stessa religione non crede più ai miracoli, anche se ci sono delle

madonne che lacrimano. L'estrema unzione – non voglio entrare nella storia religiosa, ma si parlava di simboli – non era soltanto il viatico della buona morte, ma era il mezzo attraverso cui Dio poteva restituire la vita, guarire. Coloro che ricevevano l'estrema unzione, partivano dall'idea che anche nel momento estremo la grazia potesse restituire la vita. Questo è un apparato simbolico, non scelto, è un radicamento di credenza. Ma voi immaginate lo stato d'animo di speranza di chi riceveva l'estrema unzione in un orizzonte di credenza? Quanto si assottigliava in lui, quando arrivava il sacerdote, lo spasmo della morte?

Sarebbe interessante leggere oggi gli esercizi di buona morte che guidavano la morte accompagnata dai rituali di consolazione. Altra dimensione non piccola, radicamento simbolico: la morte è transito, non è fine (*vita mutatur non tollitur*). L'angoscia degli uomini medievali non era quella di morire, ma quella di morire in peccato, perché sarebbero caduti nella morte eterna. Ora, i secoli cristiani sono stati vissuti, non sono un'invenzione. E in questo contesto di senso, la morte era affrontata così. Oggi esisteranno pure residui di quelle credenze. Io non dico che siano finiti i cristiani, ma anche il cristiano più cristiano ritiene che, se la tecnica non salva, non c'è rimedio. Chi non va dal medico? Normalmente il deluso. Ma la delusione è l'altra faccia dell'*enfasi*. Tutte le nuove medicine (omeopatiche, ad esempio), sono nate, fideisticamente per lo più, sulla persuasione che la medicina classica non risolve i problemi, mentre le nuove medicine, che poi sono quelle antiche riprese, li risolvono.

C'è quindi una dinamica di delusione-onnipotenza: ho dato alla tecnica il massimo della mia fiducia, mi tradisce, allora esistono altre sapienze, interpretate però tecnologicamente. Entrando nell'Occidente non poteva accadere diversamente. Nella loro cultura hanno una semantica religiosa, ma portate qui non hanno una semantica religiosa. C'è il paradosso che ciò che nasce su un terreno non tecnico, dal punto di vista della provenienza, viene interpretato tecnologicamente nella nostra società. Non si sfugge dal mito che il mondo è manipolabile dall'uomo, e l'uomo si salva da sé.

Pensare alla tecnica in termini di strumenti e di competenze, vuol dire non affrontare il tema della tecnica. Quando poi noi incontriamo il paziente nella situazione di malattia terminale, o nella situazione in cui la tecnica non funziona più, cosa gli diciamo? Nella maggior parte dei casi, i medici fuggono, anche perché – e questo è un discorso importante, ed entro in un altro dettaglio – l'oggetto reale della medicina e del medico, a partire dalla clinica, non è il malato, è la malattia. Il grande combattimento è la malattia. E questo era già presente in Ippocrate, perché la tecnica è sempre esistita. Ecco un altro passaggio importante: la tecnica, come manipolazione, è sempre esistita, solo che in quelle società la tecnica era uno degli strumenti simbolici, non era quello dominante. Ippocrate diceva: «il malato e il medico insieme si uniscano per combattere la malattia». C'era questo elemento molto bello della solidarietà tra medico e malato, che si è perduto. Però il tema della medicina, sin dalle sue origini, era la malattia, non il malato. Quando il medico non può più curare la malattia, è inevitabile che fugga. Che fa? Io ho fatto molti incontri nelle USL con malati terminali, ecc. La prevalenza dei partecipanti era costituita da infermieri, pochi erano i medici. Non perché i medici siano cattivi o superficiali, ma perché l'oggetto del medico è la medicina, mentre l'oggetto dell'infermiere è il corpo dolente del malato, che lo chiama, suona il campa-

nello, deve soddisfare i suoi bisogni corporali. C'è la grevità del corpo: *lui*, non astrattamente la malattia.

Il medico è trionfante quando legge la cartella clinica. La chirurgia, poi, è l'enfasi del successo. E non solo la chirurgia, ma tutto il complesso tecnologico. Oggetto della medicina è dunque la malattia, non il malato. Laddove la malattia non è più dominabile che fare, che cosa dire al malato, come parlare? Il medico normalmente fugge.

Che cosa ha dunque prodotto la tecnica? Ha prodotto una cosa che si ricollega molto a quanto io ho finora sostenuto e che contraddice alla formula di Epicuro. Sapete tutti quella formula sulla morte: «quando c'è la morte non ci siamo noi, quando ci siamo noi non c'è la morte, la morte non è un male». Ma Epicuro non dice soltanto che la morte non è un male, dice che anche il dolore non è un male, con una costruzione argomentativa analoga. Dice: «il dolore non è un male, perché se è forte dura poco, se è lungo è tollerabile».

Fino all'800 la formula di Epicuro era valida, forse lo era anche sino alla metà del '900. Oggi non è più valida, perché l'uomo può durare in lungo, indeterminato dolore. La tecnica ha modificato strutturalmente le condizioni d'esperienza del dolore.

Si può vivere in due modi, con questo lungo, illimitato dolore. Vi può essere un risanamento momentaneo, che però non sottrae all'incubo della morte. Uno ha un tumore serio, c'è la resezione integrale della parte, il tumore regredisce. Resta il deficit funzionale, il disagio, però si vive. Ma a parte il deficit funzionale, permane l'incubo che il male possa tornare. Come può vivere un uomo sotto il segno di questa costante anticipazione? Questo non esisteva fino a prima delle due guerre mondiali. Certo gli uomini morivano, ma la loro sofferenza si consumava in un tempo relativamente breve. Il problema era come avrebbero potuto sostenere l'incontro con la morte. Oggi non si tratta più di sostenere l'incontro con la morte, si tratta di convivere con la morte dentro di sé.

C'è un secondo modo di vivere la propria fine ed è ancora più tragico. È quello di un'esperienza di malattia non sanata, ma che attraverso delle cure palliative – questo è un altro tema importantissimo della medicina contemporanea – viene prolungata, con una riduzione del sintomo, fino a che è possibile, o con un ritardamento della progressione del male. Qui abbiamo un paziente che può vivere per un anno o due, non con l'ipoteca di una morte possibile, che almeno per un breve momento è stata allontanata dal proprio corpo, ma come spettatore dello spettacolo della sua dissoluzione. Con le terapie palliative, che riducono il dolore vivo, questo spettacolo della propria dissoluzione diviene visibilissimo.

Che cosa si dice per un anno, due, a un soggetto che è in queste condizioni? Un problema di questo genere, negli anni '40, non ce l'avevano i medici, non ce l'avevano gli infermieri, non ce l'avevano gli uomini comuni, i genitori, gli amici... La tecnica ha alterato l'esperienza della malattia, ponendoci in condizioni di relazionalità sovraesposte. Non abbiamo avuto mai il dramma di dover accedere a queste intimità, mai. Ecco perché non bisogna pensare la tecnica in termini di strumenti, ma di epoca del mondo. Se la pensiamo diversamente, sbagliamo. La tecnica è ormai qualcosa che si radica nel vissuto, non è qualcosa di strumentale. È anche qualcosa di strumentale, ma per i medici che la mettono in piedi. La relazione soggetto-paziente definisce, al contrario, un campo relazionale. Che dire a questi soggetti? Dove li si incontra? Tutto ciò sviluppa

vertiginosamente il *dolore mentale*. Da questo punto di vista la differenza tra psichiatria, psicanalisi e malattia si assottiglia. Non a caso, ormai, è diventata prassi comune delle scuole mediche del mondo, che a questi stadi, al medico specifico dell'arto o della funzione, subentra lo psicologo, con una dimensione essa stessa tecnologizzante. Quando il medico dell'arto o il medico della funzione non funzionano più, facciamo entrare il tecnico dell'anima. Allora, lo psicologo e l'assistente sociale al capezzale del morente. Non voglio criticare tutto questo, è anche giusto. Voglio solo dire – e questo è un punto importante – che il tecnico dell'anima non è la stessa cosa del tecnico della parte: il tecnico dell'anima deve incontrare il soggetto.

Cosa vuol dire incontrare il soggetto dove è? Si tratta di individuare il come e il dove dell'io. Su questo punto rinvio a quello che molto analiticamente e rigorosamente ha detto Gargani. Voglio soltanto aggiungere che l'incontro con il come e il dove dell'io esige qualche ulteriore riflessione. Bisogna rimpiazzare l'anamnesi clinica con la biografia del soggetto. Bisogna indagare come, dove, e attraverso che cosa questo soggetto si è istituito. Per far questo bisogna ascoltare quello che lui dice, o non dice ma dissimula, chiamandoci a esplorare l'orizzonte profondo della sua latenza. Ciò che non accede direttamente al linguaggio verbale, non vuol dire che non esiste, ma al contrario è quello che maggiormente bisogna decifrare. Gli eventi tramite cui il soggetto si è venuto costituendo non tramontano, ma stratificati permangono. Nulla svanisce. Freud porta ad esempio la città di Roma. Allo stesso modo esiste una topografia, un'archeologia dell'anima. Allora c'è un fondo, una latenza che è anche un punto di appoggio possibile per lo stesso soggetto. Scoprire la sua verità significa entrare nella sua biografia. Ciò non coincide con un qualcosa di dato, ma è qualcosa che può essere riconosciuto se costruito.

Perfezionerei, o meglio metterei in altri termini, la tesi molto interessante di Gargani secondo cui attraverso l'errore si arriva alla verità. La metterei così: attraverso l'errore si arriva alla percezione della costruzione di sé, perché non c'è verità – come direbbe Foucault – al di fuori degli effetti della verità. La verità è nei suoi effetti performativi e quindi coincide paradossalmente con il modo della finzione, vale a dire con il modo in cui il soggetto si è costruito. Il soggetto si inventa attraverso la sua storia, ma si inventa a partire dal radicamento nelle credenze. Incontrare una biografia – gli ermenauti lo sanno bene – significa incontrare un mondo, l'universo della provenienza. E qui non basta il medico. Quando il medico incontra il soggetto, non lo incontra mai in solitudine, ma lo incontra nella sua famiglia, che magari non ha, ma che c'è nella sua mente, come famiglia assente. Può anche incontrarlo nella famiglia presente attorno a lui ma forse in modo equivoco: presente e incombente, incombente come lo è stata già quando l'uomo era bambino. Nella costruzione delle nostre biografie non ci portiamo dietro soltanto gli episodi costruttivi, ma anche le frustrazioni e gli incubi. Per questo gli uomini non hanno tutti la stessa costituzione psichica.

La biografia dunque non è soltanto l'anamnesi del soggetto, ma la ricollocazione del soggetto nel suo mondo, per trovare il linguaggio adatto per entrare in lui. Io posso trovare il soggetto dove lui è, altrimenti non entro in lui. Devo partire dalle sue credenze, non posso insegnargli la mia verità. Devo errare con lui, perché se non lo facessi, possiederei già la verità. Tra verità ed errore: per superare l'elemento di specularità ci

vuole una genealogia. La differenza tra errore e verità, la si guadagna attraverso la via dell'errare. Se si assume come evidente lo stesso errore, si è già nell'ordine della verità. La verità non è data, non è neppure una meta, è sempre un cammino: vi sono sempre *effetti di verità*. L'uomo si ritrova a partire dal suo spaesamento. «Addio terra», dice Nietzsche. *Columbus novus...* dobbiamo tenere il mare, trasformare in patria le onde. Per questo ci vuole mano forte, grande cuore. E qui la celebre frase di Nietzsche. Come può il soggetto reggere al peso della verità? Per restaurare la soggettività, anche quella più piagata, bisogna liberare la sua latenza, non frenare il suo smarrimento. Bisogna, tuttavia, fare in modo che il soggetto divenga legge a se stesso. Sempre e in ogni caso. È qui la grande verità dell'ebraismo: attraverso la legge si cammina. L'ebraismo classico ha sempre avuto paura della mistica. «Diventerete dei folli» – dicevano gli uomini della torah ai mistici – «perché volete togliere di mezzo il cammino e vedere Dio».

Nel mio libro sulla felicità ho affrontato, attraverso Rilke, la relazione di intimità; di più: la distensione dell'attimo. È vero che in ciò si dispiega la tenerezza del mondo. Ma questo non è altro che un modello secolarizzato dell'esperienza cristiana della grazia. Tenerezza del mondo, innocenza originaria, qualcosa per cui c'è piacere di esistere e si può essere grati. Però l'uomo non può compiersi nell'attimo. L'acme inevitabilmente cade. Quando si tocca l'acme – dice Goethe – o si cade nell'indifferenza, o nella morte. Un credente direbbe che ci si rovescia in Dio: è l'unico modo attraverso cui l'acme può davvero durare. Questo, dunque, se si crede. Altrimenti non dura. E allora ha ragione Eliot: «l'uomo conquista il tempo col tempo». Non ci si compie nell'attimo, ma la perfezione dell'uomo è nel portare a compimento la propria vita. E i Greci lo sapevano: temete l'attimo, è inganno. La felicità dell'uomo la si vede nel compimento della sua vita: non vita eterna, ma vita lunga. Perché questo avvenga, non bisogna cercare la libertà nell'innocenza dell'attimo, ma assumere per intero il peso della propria finitudine, *divenire legge a se stessi*, fino a quella perfezione estrema di portarsi all'altezza della propria morte. Non pretendere di non morire, ma concludere con un grande colpo di scena, con un grande teatro – come dicevano gli stoici – la propria uscita.

Se liberando nel soggetto la sua potenza saremo capaci di consegnarlo alla sua finitudine, lo metteremo nelle condizioni di essere legge a se stesso, e di essere signore, dominatore estremo della propria fine. Questo è l'uomo greco: più esattamente il *tipo* greco. La modernità, anche quella più caldamente decadente, questo lo ha dimenticato.