

PROFESSIONE NEFROLOGO

Il significato filosofico di Sopravvivere non basta



Aniello Montano

Professore Emerito di Filosofia Morale, Università di Salerno

Sopravvivere non basta è il titolo scelto dal prof. Natale Gaspare De Santo per un'iniziativa internazionale inaugurata nell'anno 2007 e ripetuta ogni anno in occasione della giornata mondiale del rene in molte università italiane, europee e mediterranee. L'iniziativa ha il sostegno e la partecipazione attiva e convinta dell'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici e del suo presidente, avvocato Gerardo Marotta.

Il titolo dell'iniziativa invita a riflettere fondamentalmente sul concetto di *vita*. Solo se precisiamo cosa si debba intendere per *vita* potremo aver chiaro in mente cosa s'intende per semplice *sopravvivenza* e potremo comprendere il motivo per il quale la si ritiene non bastevole per soddisfare i diritti e le esigenze del singolo e della società. Nel paragrafo quinto del capitolo quinto del *Trattato politico*, lasciato incompiuto per la morte precoce dell'autore ad appena 45 anni, Spinoza nel considerare "ottimo quel potere laddove gli uomini trascorrono concordemente la vita", sente il dovere di precisare il suo concetto di *Vita* affermando: "per *vita umana* intendo, non soltanto quella che si definisce per la circolazione del sangue e per le altre cose che sono comuni a tutti gli animali, ma soprattutto quella che si definisce per la ragione, per la vera virtù e per la vita della mente". Per il filosofo olandese, dunque, il concetto di *vita* abbraccia corpo e mente, biologia e psicologia, intese entrambe nel senso più ampio. E non basta. Definita la vita in modo da comprendere l'aspetto fisico e quello psichico, l'affermazione offerta sembra riferirsi all'uomo inteso come singolo, come se la vita coincidesse con la semplice espressione delle tensioni corporee e mentali dell'uomo isolato. Come se fosse possibile considerare l'uomo nella sua *aseità*, avulso dalle relazioni con gli altri e indipendente dal tipo di società in cui pensa e opera. Spinoza si preoccupa, allora, di precisare cosa intende per "ottimo potere" e da quale tensione emotiva è animata e vivificata la società da esso prodotta. Il potere "ottimo" è quello che "istituisce una libera moltitudine [...] guidata più dalla speranza che dalla paura", una moltitudine, cioè, che è aperta al futuro, alla progettazione, e che vive la propria vita in forma espansiva e in relazione attiva con gli altri e non ripiegata su se stessa e quasi schiacciata dalla paura del futuro ma anche del presente.

In questo breve passaggio di Spinoza, credo, si possa comprendere a pieno il significato della locuzione *Sopravvivere non basta*. Il concetto di semplice *sopravvivenza* comunica immediatamente l'immagine di un uomo che viva quasi a dispetto delle sue condizioni fisiche, dei mali che l'hanno colpito e, soprattutto, che viva una vita residuale, ripiegata esclusivamente sull'aspetto corporeo, priva dei beni e dei conforti provenienti, come afferma Spinoza, dalla *ragione*, dalla *virtù* e dalla *mente*. Una vita di questo genere certamente non basta, non può bastare agli uomini. Al massimo può essere considerata una vita dimezzata, depurata degli aspetti fondamentali caratterizzanti la vita umana. Una vita umana, per essere tale, deve

possedere le caratteristiche della pienezza e completezza delle funzioni vitali e non riferirsi esclusivamente alle funzioni corporee.

Il restringimento del concetto di vita al solo corpo, considerato alla stregua di una macchina funzionante secondo le leggi della pura causalità meccanica, genera un'idea di salute e rappresenta la funzione del medico in maniera assai restrittiva e soprattutto distorta. In quest'ottica la *salute* consisterebbe nel funzionamento, degli organi del corpo e l'impegno del medico nel concentrarsi, fino ad esaurirsi, nel ripristino, quando e per quanto sia possibile, di tale funzionamento. Il medico, cioè, dovrebbe limitarsi a rimuovere le cause fisiologiche ostative al buon funzionamento della macchina-corpo. Sotto l'occhio indagatore del medico e della strumentazione di cui fa uso, il corpo umano si presenta come una sorta di struttura meccanica, operante e soggetta a guasti indipendentemente dal soggetto cosciente, volente e progettante che la abita. Una visione di questo tipo risponde a un concetto riduttivo e semplicemente biologico della salute. E sembra giustificare la convinzione, ancora largamente diffusa e accreditata, che il medico curi le malattie e, quindi, corpi e non persone.

Si tratta di una visione che ha alle spalle una lunga e consolidata tradizione storica, che innalza la fisiologia e l'anatomia a conoscenza funzionalmente egemone su tutti gli altri ambiti del sapere umano. È una visione che esclude dal concetto di vita umana tutta la parte psichica e relazionale. Affermatasi in maniera quasi eclatante nella prima metà del Settecento ad opera di Julien O. Lamettrie, questa visione della medicina e della vita era funzionale a un disegno preciso, ma ormai datato. Puntava a contrastare polemicamente l'egemonia esercitata sui singoli e sulla società da parte delle organizzazioni religiose e del sapere di cui queste facevano uso: la dommatica teologica e la connessa fede nei miracoli. Lamettrie, con l'esaltazione del medico che "annuncia la vita e la morte, come un astronomo predice un'eclisse", mirava a sostituire "il medico del corpo" al "medico dell'anima", al sacerdote. Seppure completamente opposte, la funzione dell'uno e quella dell'altro erano specularmente corrispondenti, si giustificavano, anche se in modo oppositorio, reciprocamente. Entrambi tentavano di isolare gli aspetti coscienziali, culturale, soggettivi e sociali della malattia, da quelli strettamente organici, biologici e oggettivi, o per estrometterli dal proprio ambito operativo o per elevarli a espressione centrale e unico del proprio impegno.

Questo schema duale era stato rifiutato già dalla cultura della Magna Grecia e della Grecia classica. Nella Magna Grecia del VI secolo avanti Cristo, il pitagorico Alcmeone di Crotona aveva individuato nel cervello il centro della vita: *en tô enghepháloi eínai tò eghemonikón* (DK 24 A 8), nel cervello è la guida. Nel V secolo avanti Cristo, Democrito di Abdera, un filosofo-scienziato censurato da Platone con un assoluto e voluto silenzio, aveva considerato l'uomo come soggetto in relazione con altri e aveva inteso la salute non solo come sanità del corpo, ma come lo *star bene*, il *ben-essere*, *euestó*, che Esichio, il testimone che ci tramanda il testo, ritiene essere vocabolo tratto "dallo star bene nella vita domestica" (DK 68 A 140). *Star bene* che si realizza con il governo del *nóos*, della ragione, su ogni altra tensione psichica dell'uomo. La vita umana, perciò, non è considerata come semplice vita biologica, come puro equilibrio degli umori e delle parti organiche, ma come il risultato del rapporto tra fisicità, psichicità e relazioni sociali.

La medicina greca, però, nel mentre con Ippocrate veniva elaborando una procedura metodica propria e tentava di realizzare una decisa autonomia teorica e pratica da un sapere unitario – comprendente cosmologia, filosofia, politica, religione, matematica ecc. –, nell'assoluta povertà dei rimedi di cui disponeva, era quasi costretta, più che a *curare* in modo efficace i corpi, a *prendersi cura*, quando poteva, dell'uomo in quanto unità psicofisica. La considerazione olistica dell'uomo da parte di quegli antichi sapienti, potrebbe apparire, infatti, più imposta dalla scarsità dei rimedi chirurgici e farmacologici di cui disponevano

che non da una scelta consapevolmente meditata. A partire da Platone, invece, tale scelta è teorizzata e volutamente affermata. Gli occhi del filosofo ateniese si appuntano in maniera precipua e insistente sul soggetto umano, sulla sua natura ancipite, costituita da una parte corporea, destinata a perire, e da una psichica, ritenuta egemonica e immortale. In forza di questa convinzione metafisica e personalistica, Platone, con piena e matura consapevolezza, in un passo delle *Leggi* (720), fa riferimento a due modelli di comportamento del medico, diametralmente opposti e collegati a due modi diversi di intendere la *salute*. C'è il medico degli schiavi che non “perde tempo” ad ascoltare il malato. Non indica mai la causa della malattia. Sovranamente prescrive quella che ritiene essere la cura più adatta e opportuna, e subito si dedica ad altro. Nel suo concetto di salute tutto ciò che si riferisce alla vita psichica, emozionale e sociale non entra affatto. Il medico dei liberi, invece, investiga per comprendere le cause del male. Interroga il paziente, allarga l'indagine all'interno della famiglia e dell'ambiente il cui questi vive. “Mentre da un lato – commenta Platone – egli stesso impara qualcosa da parte dei pazienti, dall'altro lato, entro le sue possibilità, si fa maestro dell'ammalato, cui nulla prescrive senza averlo prima in un certo modo convinto, e al quale allora, per via di persuasione metodicamente rendendolo docile e preparandolo, cerca a poco a poco di restituire la salute”. In queste affermazioni di Platone non c'è soltanto il rispetto umano, la considerazione dell'altro come soggetto di diritti. C'è di più. C'è la consapevolezza dello stretto rapporto tra corporeità e psichicità.

La medicina moderna, soprattutto quella d'intonazione positivista, pur nel suo rigoglioso e magnifico sviluppo, nelle sue enormi possibilità di cura e di mantenimento in vita del corpo umano, è sembrata aver perduto di vista l'intero. Ha dato l'impressione di essersi chiusa in una competenza specialistica sempre più parcellare, che, seppure efficace anzi efficacissima nei risultati curativi, è parsa aver relegato sullo sfondo l'uomo intero, con la sua vita emotiva e razionale. Ha agito come se l'uomo fosse corpo e soltanto corpo, semplice meccanismo biologico. Eppure non erano mancate eccezioni, come quella rappresentata da Antonio Villari, che, nella seconda metà del Settecento, aveva raccomandato al medico, in puro spirito di carità umana, di essere “affabile, affezionato, umano, cortese” con i pazienti, di esercitare con essi la “comitas” e di porre alla base della sua competenza “una buona dose di filosofia e di robusta filosofia” perché “*ubi desinit Philosophus incipit Medicus*”, laddove si ferma il filosofo comincia il medico [1].

Se il medico dell'antica Grecia, per la scarsità dei rimedi farmacologici e tecnici, nelle malattie più gravi finiva per limitare spesso la sua opera e la sua funzione semplicemente a quelle di “angelo consolatore”, il medico della medicina ipertecnologizzata e superspecializzata di oggi, pur in grado di assicurare cure talmente efficaci da apparire miracolose, non sempre sembra avere il tempo e la formazione adatta per *prendersi cura* della persona. Laddove l'atto del *prendersi cura* non può e non deve essere inteso come una generica e caritatevole attenzione fondata semplicemente sul garbo e sul rispetto umano per la persona malata. E neppure deve essere sostenuto da una comune e generica formazione umanistico-filosofica. Il *prendersi cura* deve fondarsi, invece, su una visione precisa e chiara dei concetti di salute e malattia e, soprattutto, su una profonda comprensione dell'uomo in quanto soggetto, la vita del quale non coincide *tout court* con quella biologica, seppure integrata dalla razionalità, ma è vita morale, intellettuale, sociale, affettiva, emozionale.

Un sostanziale mutamento di registro nella considerazione dei concetti di *salute* e *malattia* si verifica con l'attenzione della riflessione filosofica ai temi della medicina, soprattutto da parte della fenomenologia e dell'esistenzialismo. *Salute* e *malattia* sono state considerate, per usare la terminologia di Husserl, come espressioni significative non più soltanto dello stato del corpo-oggetto (*Körper*), ma del corpo inteso come facente tutt'uno con la vicenda esistenziale dell'uomo e, quindi, come corpo-esistenza (*Leib*). *Salute* e *malattia*, allora, vanno ri-

ferite alla persona nella sua unità e globalità. Vanno intese come il modo d'essere dell'uomo nel mondo naturale e sociale, come una modalità, per usare questa volta la terminologia di Sartre, dell'*essere-insieme* all'interno dello società. La *salute* come benessere è lo *star bene* nel proprio ambiente naturale e storico-civile. L'uomo sano, che *vive* e non *sopravvive*, è colui che conduce attivamente e produttivamente la sua vita lavorativa e di relazioni. È l'uomo proiettato in un orizzonte operativo insieme ad altri nella realizzazione di un progetto comune.

L'ammalato, invece, è colui che avverte la difficoltà o l'impossibilità di relazionarsi ad altri in attività appaganti dal punto di vista economico, ricreativo, sociale. Il disagio di essere in un mondo i cui significati e le cui tensioni attive sfuggono o sono avversi a un soggetto deprime o paralizza la sua tensione vitale. La sua progettualità si spegne. La sua voglia di agire ristagna o cessa. Il suo modo di relazionarsi all'esterno è tutto sotto il segno della sofferenza. Di una sofferenza che impegna il soggetto intero e non soltanto una parte di lui. Nella sofferenza, intesa come disturbo complessivo della persona, il soggetto avverte il suo mutato rapporto con il mondo esterno, sia naturale che sociale. La sofferenza è rivelativa di uno squilibrio nel modo di essere-nel-mondo. Per lo più si ritiene l'insorgenza della malattia come causa primaria del rapporto deficitario e inappagante dell'uomo con il suo mondo. Non poche volte, invece, è proprio il rapporto inappagante e deficitario del soggetto con il suo ambiente complessivo a scatenare il disequilibrio patogeno e la malattia.

Luigi Binswanger, filosofo e psichiatra, in una lapidaria affermazione, sostiene che "essere uomini è più che vivere [2]. Laddove il "più" fa riferimento all'uomo come all'ente che, oltre ad essere organismo vivente e pensante, è *soggetto* capace di progettarsi, di realizzarsi, di dispiegare attitudini, capacità e potenzialità in relazione con altri. È qualcosa di più del vivente fornito di ragione, come lo pensava e lo descriveva l'antropologia tradizionale fino all'Ottocento. L'uomo indicato come l'insieme di fisicità e razionalità o di corpo e anima, per usare il linguaggio mutuato dalla tradizione aristotelico-tomistica, è ancora un soggetto astratto, considerato nella sua individualità irrelata, in un'aseità, priva di *mondo*, priva di relazioni con altri, con l'ambiente circostante: è, cioè, un soggetto deprivato della dimensione emotiva e affettiva, costituentesi e attivantesi all'interno del mondo dell'esperienza interumana.

È all'interno di questo mondo di relazioni che l'uomo, in quanto soggettività impegnata a realizzare una propria identità, sempre raggiunta e sempre superata e modificata, sperimenta la salute come *ben-essere* e la malattia come *mal-essere*. La salute, pertanto, non si caratterizza e risalta soltanto come assenza di malattia. E il suo incrinamento non è segnalato soltanto dalla spia del dolore e/o dai disturbi derivanti dal malfunzionamento di un organo. La salute va individuata nella condizione di *ben-essere* complessivo della persona nelle sue diverse funzioni e relazioni: fisiche, mentali, affettive e sociali. La compromissione della salute, a sua volta, è segnalata da un *mal-essere*, che, pur comprendendo il dolore fisico, non coincide con esso. Questo tipo di dolore, infatti, in quanto espressione di un disagio, di una disarmonia di natura organica, genera, sì, sofferenza, ma non copre tutta l'aria semantica della *sofferenza*. C'è una modalità del soffrire strettamente legata ai cambiamenti subiti dal tessuto delle nostre relazioni esistenziali, connessa all'esperienza del continuo modificarsi del rapporto del soggetto con le cose e con gli altri, legata cioè al modo di essere-nel-mondo. È una sofferenza che, pur traendo origine da motivi puramente esistenziali, ha sempre una ricaduta sulla parte organica. Gli uomini *sono*, sì, vita biologica, ma *diventano* vita spirituale, morale, intellettuale, culturale, affettiva, sociale. È per tutto questo che *sopravvivere non basta*, non può bastare. La malattia del corpo è sempre malattia anche dell'anima e viceversa. Ed è esperienza d'indebolimento delle nostre relazioni esistenziali, della penosa relazione di noi con noi stessi e con gli altri. Ne *Il libro dell'inquietudine*, lo scrittore portoghese Fernando

Pessoa descrivendo la “fatica vitale” dell’uomo, annotava: “Oggi la mia anima è triste sino al corpo. Tutto me stesso mi duole: la memoria, gli occhi, le braccia” (Feltrinelli, Milano 1986, p. 69).

Questo tipo di sofferenza, pur essendo una dimensione ineludibile dell’esistenza, si avverte però in modo più drammatico nell’esperienza della malattia. In questo caso, alla sofferenza intesa come “fatica vitale”, come scrive Vladimir Jankélévitch, un raffinato filosofo della “vita”, si aggiunge il depotenziamento fisico, la diminuita capacità di sostenerla e porvi rimedio. Nella malattia, infatti, la sofferenza fisica accentua l’esperienza della mancanza, dell’impotenza, dell’isolamento. Restringe la prospettiva della creatività umana, limita l’apertura al futuro. Il dolore, recando implicita la paura della morte, fa vivere il presente come oppressione, come spazio-tempo limitato e soffocante. Fa percepire il futuro come un tempo privato del desiderio e della progettualità. Nell’esperienza della malattia, e segnatamente di una malattia dall’esito incerto, il presente doloroso e angosciante si dilata a dismisura – le ore e i giorni sono eterni! – e il futuro sembra dileguarsi o affievolirsi fino a scomparire. La mutata percezione dello spazio e del tempo modifica completamente la tonalità emotiva, con la conseguenza di una caduta netta dell’autostima. A subire una decisa variazione è anche il rapporto con il corpo. Il soggetto non sente più di fare tutt’uno con esso. Non l’avverte come coincidente con la propria presenza attiva, operativa, di fattiva relazione con il mondo e con gli enti che lo abitano. Non vive il proprio corpo come il centro a partire dal quale stabilire rapporti di vicinanza o di lontananza, di passività o di attività con tutto ciò che lo circonda. Non sente che il suo corpo vive della sua stessa vita, è la sua stessa vita di soggetto desiderante e progettante. Più che avvertire di *essere* corpo, sente di *avere* un corpo. Lo percepisce come peso, come qualcosa di estraneo, che l’opprime e che egli sopporta con penosa difficoltà.

Nell’esperienza della sofferenza anche il modo di guardare e di riferirsi agli altri e alle cose muta di segno. Nella pienezza delle forze, il soggetto ha con il mondo esterno un atteggiamento di dominio, pervaso dal desiderio della conquista e del possesso e si rivolge agli altri con uno sguardo da Sartre definito oggettivante. Guarda le persone come si guardano le cose, quasi fossero strumenti da utilizzare per la realizzazione dei propri progetti. Nello stato di malattia, invece, il rapporto con il mondo assume una tonalità emotiva di tutt’altro segno. Il soggetto vive il rapporto con il mondo secondo una modalità carica di affettività, emotivamente intensa, pur se sofferta e patita. Non guarda *le* cose e *gli* altri, ma guarda *alle* cose e *agli* altri. Stabilisce con essi una relazione intrisa di speranza e di attesa. Ed è un’attesa (*ad tendere*) non soltanto nell’accezione del *tendere verso* qualcosa, dell’aspettarsi qualcosa, ma dell’essere *attenti a*: attenti a se stessi, agli altri, al mondo circostante, all’intreccio dei rapporti interumani all’insegna della fiducia. Ed è qui, in questa situazione di debolezza del soggetto, di apertura fiduciosa agli altri, che il medico dialogante con filosofi e operatori sociali, può svolgere un ruolo di rilevantissima importanza: può andare ben oltre i limiti della pratica medica abituale, considerando il suo paziente non soltanto un corpo da curare, ma un uomo di cui *prendersi cura*. Ed è qui che trova risposta positiva la questione implicita nell’espressione *Sopravvivere non basta*.

Bibliografia

[1] A. Villari, *Sulle qualità del medico*, tr. it., Napoli 1844, citato in N.G. De Santo – C. Bisaccia – L.S. De Santo – M. Cirillo – G. Richet, *La costruzione della scienza clinica*. Hunter, Cotugno, Desault, Napoli 2006, pp. 141-142.

[2] L. Binswanger, *Per una antropologia fenomenologica*, Milano 1970, p. 68.