

IL CORPO NELLA MALATTIA

A cura di
Flavia Centurrino



Il corpo è il fondamento stesso dell'essere. Nello stato di salute ma, soprattutto, nella malattia, il corpo è il palcoscenico dove si rappresenta il conflitto tra l'io e il Sé, tra cambiamento e conservazione.

Come il linguaggio verbale scandisce un senso attraverso la parola, così il corpo esprime la cifra e la specificità di ogni individuo.

Non solo attraverso la comunicazione non verbale: mimica, postura, tono della voce ecc., ma anche con lo stato di salute o malattia che ne contraddistingue la storia personale.

Gli stati patologici organici realizzano infatti uno dei meccanismi difensivi più antichi, attraverso l'espressione diretta sul corpo del disagio psicologico: ansia, tensione, emozioni troppo dolorose per poter essere vissute, trovano una via di scarico immediato nel corpo.

Questo accade soprattutto quando manca lo spazio simbolico necessario ad elaborare quella sofferenza (rimossa e svuotata di senso). Pur essendo presenti emozioni forti, esse non vengono percepite dal soggetto che ne è attraversato ma recedono sullo sfondo mentre il dolore fisico assume il ruolo di protagonista. Talvolta la malattia fisica diventa il vero protagonista nell'urlare un dolore esistenziale altrimenti indicibile. Penso alle malattie autoimmuni, ma non solo. È verificabile oggettivamente una stretta connessione tra lo stato della psiche e la salute del corpo.

Nella modernità il linguaggio simbolico del corpo è stato molto trascurato, contribuendo ad alimentare la ben nota scissione, tutta occidentale, tra il corpo e la mente. Per questo la tentazione inconscia di trovare una risposta (esistenziale) definitiva che renda conto in modo inequivocabile del dolore, attraverso la diagnosi e la conseguente terapia è molto forte, specialmente quando ciò che spinge è forte, intollerabile. Con i suoi segnali, vere e proprie sentinelle a salvaguardia del benessere, il corpo ci ricorda, spesso più nel dolore, che siamo vivi. Ci riporta alla fattualità del nostro essere nel mondo, al senso del limite e ad un ridimensionamento del nostro ego-riferimento. Qualche volta il corpo diventa protagonista del relazioni significative.

Esso sembra talvolta veicolare significati relazionali non facilmente traducibili. Il rischio, in certi casi, è legato all'oggettivazione del corpo che viene così alienato e privato della sua significanza, svuotato del senso profondo del suo esistere, ridotto a cosa, pezzo da curare, meccanismo da riparare o oggetto da esibire. Mentre l'anima, sullo sfondo, sempre più compressa, annichilita, dolorante, resta muta nel buio della sua solitudine, impotente, isolata, incapace di uscir fuori, parlare, gettare un ponte verso l'altro. Il rapporto terapeutico è uno spazio simbolico ricco di possibilità che può permettere l'elaborazione cosciente di una sofferenza muta.

È come un ponte invisibile che, raggiungendo l'anima, l'aiuta a recuperare la salvezza della terraferma, ovvero quel luogo che, attraverso la parola e l'emozione che la accompagna, nutre di significato e consente il ripristino della vita interrotta dalla malattia. Dietro le cause oggettive e oggettivabili che l'hanno generata, si celano motivi psicologici che, nello svelamento, sono preziosi in quanto possono farci riflettere criticamente sul nostro modo di "funzionare". Quando ci ammaliamo è importante non "sprecare" l'occasione per imparare, con

umiltà, a farsene sempre qualcosa. Il corpo è il primo catalizzatore simbolico delle nostre prime emozioni che, attraverso le relazioni affettive, impariamo ad elaborare per la coscienza. Per questo è così importante ascoltarne i messaggi, comprenderne il linguaggio, imparare a dialogarci. Fin dall'antichità, l'uomo di scienza, filosofo, medico o umanista, ha trattato la malattia come una disfunzione generale che coinvolge tutto l'essere. Oggi, un pericolo che incombe su una coscienza ancora giovane, deriva paradossalmente dall'ombra della scienza. Nella scissione netta tra corpo e mente, oggi abbiamo bisogno di verificare, controllare, avere "prove" del nostro male esistenziale, quando questo, anziché darsi coscientemente, si esprime attraverso un dolore fisico "misurabile".

Il vantaggio psicologico è proprio quello di poter oggettivare, nella totale alienazione del Sè, un dolore morale (forse) altrimenti indicibile. E' in questi casi che occorre una particolare attenzione all'ascolto nel senso più ampio del termine per tradurre, con l'altro, il significato del male.

Possiamo così scoprire, dietro le penose file di tanti "utenti", un bisogno che non può essere catalogato in alcun sistema vigente. Bisogno che sta sempre dietro il sintomo organico ma raramente viene accolto.

Talvolta, in momenti cruciali del cammino coscienziale, una malattia organica, spesso inaspettata, si impone esprimendo un suo significato esistenziale ben preciso nella vita del soggetto che ne è colpito. La malattia, paradossalmente, può costituire un vero alleato in un'esistenza troppo a lungo costretta in angusti spazi simbolico-mentali. Essa, allora, rappresenta un po' la voce dell'Anima, come se questa, imprigionata ma ancora vitale, non avesse altri mezzi a disposizione per sancire lo statuto della sua sofferente esistenza.

Fermo restando il valore dello sforzo umano che ha permesso conquiste incredibili in campo medico, non va trascurata l'altra parte dell'essere, quella che concerne lo spirito, essenza dell'uomo.

Filosofi di grande levatura - come U. Galimberti o E. Agazzi - sottolineano l'importanza di riconoscere e ascoltare la sofferenza che, a differenza del più tangibile dolore organico, sembra rimandare ad un non senso il quale, proprio perché tale, risulta inaccettabile.

Oggi, almeno nelle società occidentali, non vediamo più piaghe purulente ma non per questo credo siano sparite. Forse sono solo più profonde e nascoste, si mascherano dietro abiti di buona qualità e "facciate" rifatte, si camuffano nell'iperattivismo ma le angosce sono sempre le stesse e ogni uomo, per definirsi tale, prima o poi può doverci fare i conti.

Il concetto di malattia e la sua dimensione sociale

Non è possibile parlare di malati senza parlare di malattia o, meglio, di malattie. L'ordine delle rappresentazioni e dei sentimenti collettivi non si può mai separare dalle malattie che, in ciascuna epoca, hanno modellato la coscienza e l'identità dei malati. Ogni era ha le sue malattie. Nei diversi periodi, un particolare morbo ha incarnato agli occhi di tutti il male assoluto, sia per la frequenza che per il pericolo che rappresentava, ma anche perché materializzava le condizioni di vita, le concezioni dell'esistenza, i valori del momento.

Claudine Herzlich e Janine Pierret, ripercorrono le grandi linee di questa evoluzione, le ripercussioni sulla coscienza collettiva, l'esperienza dei malati, facendo riferimento al periodo che si può definire *l'ancien régime* del male, quello in cui la malattia si manifesta inizialmente nella sua più funesta realtà: l'epidemia, fenomeno collettivo e sociale che incarna il male. Nell'epidemia non si è malati individuali, non si muore da soli, ma in massa, dato che insieme all'individuo possono essere colpiti la sua famiglia, il suo villaggio o zone ancora più ampie.

A differenza di oggi, in cui una malattia cronica è una forma di vita, l'epidemia può essere concepita solo come forma di morte, immediata come la peste o lenta e ritmata da rituali come la lebbra. A fronte di questa minaccia, l'esclusione è l'unica arma di difesa. La risposta della società passerà dunque attraverso la reclusione. D'altronde, proprio il dettaglio di queste pratiche è giunto fino a noi, assai più del vissuto individuale: i malati, infatti, non hanno quasi mai parlato, perché è attraverso queste pratiche che la vita è riuscita ad avere la meglio sulla morte e a sconfiggere l'epidemia.

Dopo i tempi dell'epidemia, nel XIX secolo la malattia assume un volto nuovo: la tubercolosi, inizialmente chiamata tisi. In questa nuova configurazione, si delinea una figura che fino ad allora non era stata percepita con precisione: **il malato**.

Nel XIX secolo in generale, e con la tubercolosi in particolare, il paziente si cristallizza nella sua forma moderna. Egli appare in quanto individuo nella sua esperienza concreta, ma anche e indissociabilmente a livello collettivo: il malato è definito per il posto che occupa dal punto di vista sociale. A tal proposito Susan Sontag afferma che "(...) fu con la tbc che venne chiaramente formulata l'idea della malattia individuale, insieme con quella che una persona acquista consapevolezza quando deve affrontare la propria morte e da qui descrive non la realtà della vita nel regno della malattia, bensì le fantasie punitive costruite intorno a questa condizione.

Oggetto della sua indagine è l'immaginario che la società da sempre costruisce intorno alla malattia e i modi in cui la malattia viene usata come figura o come metafora.

La tbc è spesso immaginata come malattia derivante da privazioni: stanze non riscaldate, cattive condizioni igieniche, alimentazione inadeguata. Si pensava infatti, che il tubercolotico traesse giovamento da un cambiamento d'aria, capace di asciugare l'interno del corpo, deteriorato e infradiciato dalla malattia. L'insieme di metafore tratte dalla tbc, si rivela persino adatto a descrivere l'amore. Il tubercolotico è una persona consumata dall'ardore, quello stesso ardore che porta alla dissoluzione del corpo (...) all'immagine di un amore malato, di una passione che consuma: con queste parole Susan Sontag ci spiega perché un tempo si riteneva che la tbc derivasse da un eccesso di passione e colpisse gli spericolati e i sensuali, come del resto oggi molti credono che il cancro sia una malattia della passione insufficiente e colpisca le persone sessualmente repressi, prive di spontaneità e della capacità di esprimere la collera. Susan Sontag ha potuto esaminare a questo proposito, una massa crescente di ricerche a sostegno della teoria sulle cause emozionali del cancro, che annuncia a un pubblico generico il legame scientifico tra questa malattia e le sofferenze sentimentali. Molti malati di cancro affermano, infatti, di essere depressi o insoddisfatti della loro vita e di aver sofferto per la perdita di una persona cara.

Non è facile accettare un disagio quando viene a bussare alla porta della nostra vita; su qualunque piano si manifesti non lo accogliamo ma cerchiamo di respingerlo rimandandolo al mittente, nemico inopportuno e fastidioso che mina l'equilibrio a fatica conquistato. Non è più tempo di rimanere nell'ignoranza, il mittente siamo noi stessi ed è, questo, un concetto basilare che troppo a lungo abbiamo finto di ignorare; ma come potremmo continuare a farlo in questo momento storico in cui stiamo finalmente vivendo un processo di chiarificazione e d'attivazione energetica

Una malattia, un'emozione che non ci lascia dormire sereni, un pensiero inopportuno ed ossessivo, un momento di passaggio, una difficoltà che pare senza via d'uscita, sono tutti disagi che ben conosciamo e che ci sono venuti a trovare più volte nella nostra esistenza.

Li abbiamo chiamati nemici, draghi, mostri e abbiamo sempre cercato di liberarcene, non riuscendo pertanto a coglierne la fertilità che, come doni, portavano con sé; difficilmente abbiamo colloquiato con loro, per coglierne il messaggio profondo per la nostra vita.

I sintomi fisici sono spesso i più semplici da addormentare, la farmacopea è una bacchetta magica che istantaneamente ci fa credere di avere risolto il problema, quelli emotivi sono rospi più difficili da digerire e trasformare ma anche in questo caso le pilloline della felicità ci fanno l'occholino da ogni angolo del pianeta.

Assumere calmanti ed antidepressivi, dipendere da sostanze o relazioni, annegare emozioni e pensieri in una superattività che ci catapulta fuori di noi, dove riusciamo a non "sentire" più niente, è un collaudato sistema per raccontarcela su e sopravvivere "fino alla prossima volta".

Un disagio ha una sua funzione ben precisa, non è un errore del nostro corpo fisico né dei nostri corpi sottili ma è un messaggero che vorrebbe assolvere il suo compito, se non fossimo noi stessi a metterci continuamente i bastoni tra le ruote.

Il linguaggio della Psicosomatica ci aiuta a distinguere il Significato, puramente sintomatico, dal Senso della Malattia, quello che rende il mal di pancia di Paolo diverso da quello di Lucia: solo ascoltando fino in fondo il loro mal di pancia sia l'uno che l'altro potranno trovare le indicazioni per proseguire in armonia nel viaggio della loro esistenza.

Il supermarket della Guarigione non esiste, è soltanto una panacea effimera che può al massimo rimandare la soluzione del problema ed avviare quel processo di vicariazione che spinge il messaggio a migrare d'organo in organo o di sintomo in sintomo, potenziando la sua energia e la sua forza, cercando di farsi sentire e di superare la nostra sordità.

La Psicosomatica, per esempio, ci insegna a spostarci dal Pensiero Razionale, avvezzo ad una visione di Significato della Malattia, uguale per tutte le persone con gli stessi sintomi, a quello Analogico, capace di intuire il Senso proprio d'ogni disagio in ogni momento, per ogni persona.

Ad una persona quella stessa malattia potrebbe voler suggerire il bisogno di lavorare sulla sua aggressività, ad un altro la necessità di lasciare andare il controllo, ad un altro ancora la paura di restare solo o la stanchezza d'avere responsabilità che non vuole più sostenere. A che servirebbe, pertanto, addormentare i sintomi di quella malattia e trattarli per ognuno allo stesso modo.

Il rapporto mente-corpo

L'uomo è un'entità formata da corpo e mente. E' un insieme inscindibile di queste due parti, aspetti diversi di una sola totalità. Corpo e mente non sono separati ma sono parte l'uno dell'altra. Tuttavia il corpo ha un'essenza diversa dalla mente, può essere misurato nelle sue dimensioni spaziali, fotografato e pesato.

Si possono derivare, in modo scientifico, dati oggettivi delle sue funzioni, si possono analizzare i suoi fluidi e le sue secrezioni ed è possibile sezionarlo per studiarlo nelle sue componenti anatomiche.

Talvolta però, tutte queste conoscenze non si sono rivelate assolute e non sono state sufficienti per fornire una visione più precisa del corpo. Basti pensare che spesso la percezione del nostro corpo muta da un momento all'altro e sembra non essere mai lo stesso. E' sufficiente vivere un'esperienza diversa o un'emozione più intensa, che all'improvviso si manifesta un corpo che non riconosciamo come quello di partenza.

«L'esperienza umana oscilla continuamente tra la sensazione di avere e quella di essere il nostro corpo»

Il concetto di corpo non è poi così disgiunto da quello di mente. Infatti, si ritiene che l'essere umano sia capace di una rappresentazione psichica del proprio corpo e questa funzione si sviluppa sin dalla nascita, mediante il rapporto madre-bambino. Il corpo, ha una funzione fondamentale nella comunicazione.

Il *linguaggio non verbale* può confermare e/o negare tutto quanto viene trasmesso con le parole. Se il concetto di corpo è più chiaramente comprensibile in modo, semplice e unitario, quello di mente o psiche risulta essere più ambiguo e complesso. La parola psiche o mente rimanda a concetti non osservabili concretamente e difficile da descrivere, come le emozioni, i sentimenti, le fantasie e il pensiero. Ed è proprio nella difficoltà di comprendere la mente, che l'uomo, per lunghi anni, si è percepito solo negli stimoli corporei. Oggi, invece, le emozioni svolgono un ruolo importante nel motivare e orientare il comportamento. Infiniti esempi, tratti dall'esperienza umana, dimostrano che comunissimi fenomeni psicologici, come una leggera emozione di gioia e/o di paura, si ripercuotono nell'organismo causando tachicardia; di contro, un banalissimo disturbo organico, come il raffreddore, si ripercuote sull'umore creando notevole irritazione. E, ancora: un succedersi di pesanti e particolari tensioni emotive può provocare, in alcuni individui, malattie come l'ulcera gastrica o l'ipertensione. L'approccio psicosomatico è un tentativo di vedere le persone nella loro interezza e, soprattutto, di comprendere che cosa loro succede. Possiamo dire che la medicina psicosomatica è nata per contrapporsi alla tradizione meccanicistica e riduzionista della filosofia ottocentesca, che separava nettamente la vita psichica e la malattia, essendo quest'ultima considerata sempre di origine organica, dovuta cioè alla lesione di qualche parte del corpo. La medicina psicosomatica si fonda sul concetto chiave che la persona rappresenta una inscindibile unità biologica, fatta di corpo e mente, cioè di fattori psichici ed emotivi che svolgono un ruolo determinante nello sviluppo delle malattie organiche. In generale, quindi, possiamo dire che la psicosomatica è lo studio dei rapporti intercorrenti tra mente e corpo. Essa parte dalle premesse che ogni malessere di natura psicologica abbia una ripercussione a livello somatico, e che viceversa una malattia organica comporti una alterazione della sfera psicologica. Al di là delle varie interpretazioni è sicuramente un modo nuovo di concepire l'uomo malato, una modalità che non considera solo l'organo malato da "curare", ma la globalità psichica, sociale e culturale dell'essere umano, per cui l'organo rappresenta solo l'espressione ultima di un disturbo.

Perché ci si ammala? La risposta a questa domanda non è semplice, ed in fondo ognuna delle discipline che si occupa di indagare il vasto campo della malattia potrebbe dare una risposta diversa, legata al proprio ambito professionale. Per la psicologia, che è la scienza che studia il comportamento e la vita cognitiva e affettiva dell'uomo, e che per questo è scienza "debole", poiché fatta dall'uomo per l'uomo, per sua natura in perenne discussione e cambiamento, una

delle possibili interpretazioni del **fenomeno salute–malattia** considera la questione da un punto di vista diverso, e cioè: "Quando ci si ammala?". Secondo Gadamer ("Dove si nasconde la salute", Raffaello Cortina Editore, Milano 1994) la salute "non è precisamente un sentirsi, ma è un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme ad altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita" e ancora: "il modo più chiaro per raffigurarsi la salute consiste nel concepirla come uno stato di equilibrio..." La malattia ("L'oggetto" che "casualmente" ci invade e che resiste e si oppone all'impulso naturale e all'inserimento negli eventi della vita) è allora un **disturbo a questo equilibrio, disturbo che il medico cerca di eliminare tentando di ristabilire l'equilibrio perduto attraverso l'esercizio della sua arte, non creando una nuova situazione di stabilità ma assestando l'equilibrio precario già esistente attraverso il rafforzamento dei fattori che costituiscono la condizione di stabilità**. Ci si ammala quindi quando "casualmente" "qualche cosa" viene a turbare il nostro equilibrio naturale. Secondo Chiozza ("Perché ci ammaliamo?", Borla Ed., Roma 1988) la malattia del corpo non è altro che una forma di linguaggio, attraverso il quale ciò che non viene, o non può essere detto con le labbra, viene espresso tramite il funzionamento dei propri organi. Ci si ammala quando non ci è possibile comunicare, o quando il nostro bisogno di comunicare è tale che i contenuti superano le nostre difese trovando la loro espressione nella malattia o mal funzionamento del corpo.

E' stato lo psicoanalista Wilfred Bion, fondatore della psicanalisi di gruppo, ad ampliare lo studio della malattia organica, attraverso il sistema protomentale in relazione agli assunti di base. Il sistema protomentale è qualcosa in cui il fisico e lo psichico si trovano in uno stato indifferenziato, ma dove già esistono tracce dei c.d. tre assunti di base (gli assunti di base rappresentano un livello dell'attività mentale del gruppo, caratterizzati da forti tendenze emotive):

1. **attacco-fuga**, (lottare e scappare sono le uniche cose che si possono fare per salvaguardare il gruppo, anche non tenendo conto del benessere individuale)
2. **accoppiamento** (il gruppo tollera che due membri comincino uno scambio tra di loro nella speranza che possa nascere un bambino-Messia capace di liberarlo dal suo senso di schiavitù)
3. **dipendenza** (il gruppo sceglie una persona e si aspetta che essa soddisfi i propri bisogni), dove ognuno dei tre esiste in funzione dell'appartenenza dell'individuo al gruppo.

"E' da questa matrice, il protomentale appunto, che hanno origine gli stati emotivi propri di uno specifico assunto di base che rafforzano, pervadono e in alcune occasioni, dominano la vita mentale del gruppo". Nello stato protomentale i fenomeni sono ancora indifferenziati (mente-corpo), ma mentre alcuni di questi diverranno assunti di base, mentali o fisici, altri resteranno indifferenziati. Bion prosegue affermando che è quindi nell'indifferenziato, cioè nella sfera del

protomentale, che si trova la radice delle malattie, che si evidenziano come espressioni di gruppo: i sintomi che si manifestano nell'individuo "hanno delle caratteristiche che dimostrano chiaramente come sia il gruppo più che l'individuo a esserne affetto, più o meno analogamente a quanto accade nel gruppo di attacco e fuga dove si vede che è il gruppo piuttosto che l'individuo che deve essere protetto". Questo per esempio è quanto avviene per le malattie come la tbc, le malattie veneree, il diabete e potremmo aggiungere oggi anche l'Aids e il cancro, patologie che hanno grandi variazioni sul numero dei casi e sono importanti per la loro virulenza e distribuzione, pur non presentando aspetti facilmente spiegabili in termini di anatomia, fisiologia, o dalle altre discipline che normalmente costituiscono gli strumenti di lavoro impiegati per le ricerche sulla salute pubblica. C'è sempre una contropartita psicologica o un reciproco psicologico: in ultima analisi si potrebbero considerare ***i rapporti tra una malattia organica e un'altra non solo in funzione all'anatomia, fisiologia o psicopatologia, ma anche in rapporto all'appartenenza di un individuo al gruppo – mente.*** Il corpo perciò si ammala quando non parla più con la propria mente.

A questo proposito, si rende evidente come, poiché la malattia è un trauma che interrompe la cadenza della vita sociale ed impone al malato una revisione del passato, generando nel contempo incertezza riguardo al futuro, solo attraverso questo dialogo sia possibile per l'essere umano ritrovare una nuova progettualità; per ristabilire il dialogo interrotto mente – corpo è necessario stimolarlo o riattivarlo attraverso un supporto psicologico, sia esso individuale o grupppale, nel quale il dialogo sia di nuovo reso possibile.

Il curante e il paziente: dalla compliance all'adesione

Il **paziente**, con le sue caratteristiche di personalità, il suo vissuto, la sua storia, presente e passata, il suo atteggiamento e le sue aspettative e il **curante**, anche lui con una sua storia personale, un suo orientamento professionale e con i suoi atteggiamenti e aspettative nei confronti anche della sua professione, rappresentano **i due poli estremi di una relazione sostanzialmente impari, nella quale c'è qualcuno che dal basso "chiede" e qualcun altro che dall'alto "dà".**

A causa di questo sbilanciamento il paziente tende a riprodurre, nella relazione con il medico, il rapporto genitore-bambino: lo stato stesso di malattia, come minaccia all'integrità fisica e al sé, causa una spinta regressiva verso rapporti di tipo infantile, che implicano dipendenza da figure parentali fantasmatiche dotate di poteri straordinari. Tutto questo carica affettivamente il rapporto, ed è importante che il medico si renda conto del ruolo che assume ogni volta che la visita fa rivivere questa situazione, tenendo conto sia degli atteggiamenti del paziente durante la relazione, che dei suoi stessi "contro-atteggiamenti" di risposta. Se è vero che il paziente tende a riprodurre col medico tutta la gamma di modalità che nell'infanzia caratterizzavano il suo rapporto coi genitori, e si aspetta che il medico risponda come lui avrebbe desiderato o

temuto che avessero risposto i suoi genitori, è anche vero che il medico spessissimo risponde a queste "proiezioni inconsce" colludendo inconsciamente.

Esistono, nella pratica medica, tutta una serie di modalità di approccio al paziente che tendono a rinforzare il ruolo di autorità scientifica che la società attribuisce al medico e che il paziente stesso ricerca (come per es. la solennità della consultazione esaltata dalla ritualità dell'attesa, dell'accoglienza e del congedo), ed è bene che il medico sia consapevole di ciò per non correre il rischio di identificarsi ed approfittare della situazione.

Sempre più spesso, nella sua relazione col paziente, il medico usa il **farmaco** come mediatore. Al farmaco viene chiesto di migliorare il rapporto, facilitando il dialogo col paziente; gli si affida cioè il compito di far superare al paziente le paure che gli impediscono di affrontare la sua sofferenza e di poterne parlare con il medico, demandando al farmaco qualcosa che il medico non è riuscito a fare (uso difensivo del farmaco). La relazione con il medico diviene fonte di tensione, dalla quale ci si deve difendere, e il medico lo fa spesso distaccandosi dal paziente; anziché aiutarlo a superare le vere cause del suo malessere, gli rafforza la convinzione che la parte irrazionale di sé non possa essere affrontata. **Se è vero che quando prescrive un farmaco il medico "prescrive sé stesso"** (Balint) perché trasmette in qualche modo anche l'atteggiamento di fiducia o di sfiducia che ha nei confronti di quel farmaco in particolare, e della medicina in generale, è anche vero che quando un paziente offre al medico un sintomo, in realtà "offre se stesso" e il suo disagio, che spesso non trova altro modo di esprimere se non facendo ammalare una parte di sé. Questo perché tradizionalmente la medicina, o meglio "l'arte di guarire", ha sempre cercato la causa della malattia nel sintomo, considerando la guarigione come la sua eliminazione. E' un atteggiamento che sta lentamente cambiando; la concezione della medicina "centrata sul paziente", che ne porta in primo piano la soggettività, si basa su una concezione della malattia allargata al di là degli aspetti biologici: ***ai fini clinici è importante cioè anche il "significato soggettivo della malattia"***. L'esperienza della malattia a livello personale, le sue implicazioni psicologiche e le conseguenze sociali dell'essere malato sono perciò considerate parte della malattia stessa, e hanno la stessa rilevanza clinica di un dato biologico. La medicina "centrata sul paziente" mette al centro del proprio agire la complessità della persona malata; non si limita a prendere in carico la patologia affrontandola solo a livello organico, ma arricchisce questo approccio tramite la comprensione globale del significato della malattia in senso bio-psico-sociale.

Gli operatori sanitari

Purtroppo troppe volte i medici ed il resto del personale sanitario dimenticano che i pazienti, al di là della patologia organica per cui sono ricoverati e a volte al di fuori di essa, possono essere anche depressi.

È facile riconoscere una depressione in un paziente che piangendo e manifestando visibili segni di angoscia racconta che non ce la fa più a vivere; altrettanto facile non è la diagnosi quando la mentalizzazione della depressione è sfumata o addirittura assente e magari l'attenzione del paziente è **concentrata su sintomi corporei, ripetuti spesso in modo lamentoso e monotono ed irritante per chi li ascolta, tanto da spingere gli operatori ad allontanarsi**. Si finisce così per sostenere il paziente nella sua opera di negazione o di scissione e si perde il senso dell'evento malattia che rimane un evento misterioso ed estraneo alla vita del paziente. Quando, con una reale alleanza terapeutica, si riesce a ricostituire il senso di questo evento, la malattia cessa di essere l'accadere alieno che irrompe dall'esterno per convertirsi in un dramma che le appartiene interamente» (Chiozza 1988).

Il paziente organico suscita una serie di reazioni psicologiche nell'interlocutore di cui il personale sanitario deve essere al corrente per evitare di innescare meccanismi di negazione, ed elaborare invece l'intimo turbamento che si prova di fronte alla sofferenza: turbamento che troppo spesso spinge verso l'obbligo di sapere tutto o a negare quanto si ignora, **a privilegiare rapporti parziali e componenti somatiche**, a scapito dei vissuti e delle tematiche depressive che possono essere eventualmente presenti, nel tentativo di tenere lontano il fantasma della morte.

Il personale assistenziale deve cogliere, oltre all'aspetto somatico, la partecipazione della componente psichica, accostandosi al paziente organico-depresso, al di là delle famose linee guida e delle teorie di riferimento, utilizzando semplicemente la propria sensibilità ed intuizione empatica, mantenendo quella distanza ottimale che consente un contatto terapeutico realistico ed una alleanza di lavoro proficua. Le informazioni esaurienti e le spiegazioni fornite al momento opportuno sono di per sé già un preliminare apporto terapeutico, che rimanda all'ammalato la sensazione di una presenza reale e di un genuino intento terapeutico in cui la disponibilità emozionale appare fondamentale.

In effetti, un gran numero di indagini dimostrano che la sensibilità del personale sanitario nei confronti del linguaggio del corpo dell'assistito si traduce in una relazione terapeutica più positiva.

Altri studi hanno messo in luce che i pazienti considerano la capacità di comunicare come una delle prime tre qualità che un medico dovrebbe possedere.

IL LINGUAGGIO DEL PAZIENTE

Cosa dice il corpo che la parola non dice o non sa dire, o non può dire, o cosa nasconde il pensiero che il corpo non traduca in comportamento sintomatico?. Che cosa soprattutto "racconta" il corpo delle **emozioni che lo agitano come vento o gelo, o fuoco?**

Tutto, o quasi tutto e, a seconda delle circostanze, in particolare ciò che il "logos", il pensiero cosciente, non solo non sa, ma che neppure riesce a pensare di avere, ma che solo il "sentire", e il "sentire male" dice

Allora l'uomo, di cui il termine "paziente" è una determinazione limitativa forse, anche fuorviante, si esprime continuamente in molti modi, attraverso molti canali, con simbologie, segni, significati significativi e o significanti, strutture, comportamenti sintomatici, corredi di informazioni, linguaggi, comunicazioni, meta-comunicazioni che attendono o sperano di essere in qualche modo decodificate.

"L'uomo sofferente", in particolare, usa registri espressivi (sintomi) nei quali la parola rimane lo strumento più povero di contenuti; oppure la parola, come nelle sindromi psichiatriche, utilizza una simbologia in cui il verbale attinge a lessici oscuri poiché oscura è l'area di significanti indicibili. Sta al corpus medicalis elaborarli in maniera sincrona e decifrarne la radice ultima, il grido, il bisogno, il sentire ("il sentirsi male") che sottende il linguaggio espresso dai sintomi.

Come sappiamo, un modo per affrontare il linguaggio del corpo è quello di isolare ad esempio il sintomo per cercare di ridurlo o "estirparlo". Ovvio che in caso di un'appendicite acuta altri approcci risulterebbero magari letali, ma il di fuori dell'emergenza, capire i "segni", entrare nel lessico globale di chi "si sente male" e ci chiede aiuto, singolo o gruppo che sia, diventa l'unico percorso di uno scambio medicale plausibile e di uno scambio comunicativo efficace, per tutti coloro che sono coinvolti nella comunicazione sintomatica che rappresenta un comportamento.

Che fa allora il sintomo, il dolore, l'affezione, la disfunzione? Dice e non dice, è un segnale che, come tale, assume significato se al di fuori dell'emittente esiste la traduzione di un ricevente

Noi siamo circondati da emissioni di frequenze elettriche, impercettibili fino al momento in cui un apparato ricevente appropriato capta le frequenze e le traduce in suoni, immagini e così via. Solo che le emissioni elettromagnetiche hanno una standardizzazione, per cui decodificarle richiede apparecchiature complesse ma del tutto riproducibili in serie.

Una parte del lessico globale "dell'uomo paziente" rientra esso pure in categorie piuttosto riconoscibili. Un'altra parte invece, poiché affonda le radici in circuiti e/o in ecosistemi che si auto-avvitano , richiede aggiornamento, informazioni complesse, capacità di decrittazione e sintonizzazione altamente flessibili, l'uso e l'esercizio di entrambi gli emisferi cerebrali da parte di chi percepisce, intelligenza empatica e consensuale. Mente "pelle" e cuore.

Allora mettere in relazione, percepire, sentire tutto ciò che passa attraverso i nostri sensi, rendere oggetto di attenzione anche ciò che non è immediatamente osservabile, (l'analogico del paziente) diventa il compito primario di chi vuol far restare il paziente un essere globalmente comunicante, e non un insieme di parti con un linguaggio minimale, diremmo quasi cellulare.

Se poi il problema "dell'uomo paziente" viene visto all'interno di un contesto allargato (famiglia, gruppo di lavoro), le sue parole, i suoi gesti, i suoi sintomi, assumono significati ben specifici in relazione a quel contesto, o ad una parte di quel contesto.

Contestualizzare perciò il linguaggio del paziente con la rete di rimandi che provengono da ambiti relazionali più o meno strutturati, aiuta sia a capire "le parole non dette", i gesti stravaganti, le sofferenze che possono diventare non più mute, non più " circoscritte" ad un corpo artificialmente avulso dal contesto in cui può fiorire o invece rapidamente avvizzire.

Ascoltare, chiedere, osservare, mettere in relazione, "fiutare l'aria" relazionale", svelare le alleanze sotterranee, le succubanze accettate dalla coscienza ma non dalla globalità dell'essere, che protesta, o "parla" con i suoi simboli (o segnali) o SINTOMI che hanno tutta l'intensità di una COMUNICAZIONE: questo si può, o si deve fare per dare al linguaggio del paziente non solo una speranza di ascolto, ma una precisione nel decrittarne il senso, il significato, il nesso, la finalità ultima.

Compito della medicina oggi disvelare i due livelli metacomunicativi del linguaggio del paziente: il "significato" (il male del corpo) e il significante (il corpo del male) del sintomo, solo così, il paziente si sentirà come liberato, vedrà la luce di nuovi significati, sentirà scorrere via l'acqua che stava per affogarlo.

Una tipologia di paziente e l'evoluzione nella malattia del corpo e della psiche

Lo stato di benessere , quando presente e reale, viene interpretato come un "fatto dovuto" quasi un diritto acquisito, una situazione asintomatica che viviamo come una cambiale senza scadenza .

Se stiamo bene, non pensiamo di poterci ammalare in modo serio: una forma genetica di autodifesa ci porta pensare che di malattie gravi si ammalano solo gli altri. La vita però ci pone davanti a eventi, a scelte, difficoltà: è un po' come una corsa ad ostacoli, dove gli ostacoli altro non sono che i problemi che ci troviamo davanti giorno dopo giorno: un esame da superare, un litigio in famiglia, una malattia. Ci lasciamo presto alle spalle ognuno di questi ostacoli solo se riusciamo a superarli indenni. Se non ci riusciamo, e se l'ostacolo è una malattia, le conseguenze a livello psicologico possono essere non inferiori a quelle sul piano fisico.

Fra tutte le malattie l'infarto miocardico è di quelle che più colpiscono l'immaginario collettivo: il suo modo di presentarsi "improvviso", non preceduto da prodromi, oppure preceduto da sintomi a cui ognuno cerca di dare una spiegazione tutta sua, incolpando di quel dolore angosciante la bevanda gelata o il pasto indigesto. Se ci fate caso spesso il paziente ci parla di "mal di stomaco" anche quando il sintomo è localizzato più su: qualunque espediente è valido per esorcizzare la paura latente di una malattia che inconsciamente lo spaventa (perché magari l'ha avuta un familiare o un amico, con sintomi simili).

Uno dei motivi più "romantici" per cui l'infarto ha un impatto così particolare sull'individuo è che lo colpisce proprio lì, in mezzo al petto, al centro per antonomasia delle emozioni e degli affetti. Non è un caso che gli antichi avessero cercato di identificare una simile sensazione con la freccia di Cupido che arriva diritta al cuore, idealmente frantumandolo; e anche se loro, con quell'icona, avevano inteso trasfigurare la passione amorosa, nella realtà avevano reso con mirabile efficacia anche quel senso di "stretta", di "costrizione" che noi denominiamo "angor", che ha la stessa inquietante radice di angoscia.

Dunque l'ostacolo non viene superato, l'infarto colpisce a fondo, e da quel momento l'esistenza appare divisa in due tronconi: **il prima e il dopo**.

L'immediato **PRIMA** è costituito dalle situazioni più banali: è l'atleta che fa ginnastica, è il professionista che discute di affari, è l'operaio in fabbrica, o qualunque altra situazione della vita di tutti i giorni.

Col tramite dei soccorsi e talora di un'ambulanza, per i più fortunati c'è l'arrivo in un Pronto Soccorso e in un'Unità Coronarica dove infermieri e medici sono loro addosso con le loro domande, i loro gesti, la loro professionalità, ma dove spesso il paziente comincia a sentirsi più solo davanti alla sua nuova situazione e alle incognite di un futuro che all'improvviso è più incerto che mai.

In altre parole ha ufficialmente inizio il **DOPO**. Da questo momento in poi l'equilibrio emotivo ne risentirà tanto più quanto è più intensa la consapevolezza di essere portatore di una patologia potenzialmente grave.

Dal micidiale cocktail: evento patologico acuto-personalità di base (cioè personalità pre-esistente) esiteranno tre tipi di comportamento:

1) Comportamento di regressione

Il soggetto vede tutto nero, pensa che non tornerà più normale e che , ammesso che sopravviva, sarà solo un invalido, un peso per la famiglia. Vorrebbe credere, anzi " ha bisogno di credere" alle nostre parole di conforto ("si riprenderà, smetterà di fumare e starà meglio di prima") ma vi mescola una dose di malefico scetticismo tutta sua, che può spingerlo in certi casi a comportamenti irascibili e insofferenti sul lavoro e con i familiari: può divenire litigioso, non sopporta nulla, corre in Pronto Soccorso al minimo dolore sospetto. Di solito sono soggetti che, di base, sono ansiosi o hanno aspetti depressivi spesso latenti.

2) Comportamento di Negazione

È all'estremità opposta del precedente: il paziente tende a minimizzare tutto, interpreta quasi con disprezzo le nostre parole, ci dice che sono "tutte balle", che non rinuncerà mai a fumare e a mangiare quello che gli pare: in altre parole non modificherà il suo stile di vita e se ne farà anche un vanto. Curiosamente, ma neanche tanto se ci pensa bene, a volte tale personaggio ha già avuto a che fare col Cardiologo, per precedenti anginosi o infartuali. Anche questa personalità, che in termini rozzi potremo definire egocentrica e "menefreghista" può sviluppare comportamenti aggressivi, anche se con meccanismi diversi dalla precedente. Dopotutto non fa altro che mettere in pratica una forma di autodifesa: nega l'accaduto, lo rifiuta a priori e in questo modo esorcizza la paura della patologia organica, evitando un'angoscia altrimenti non tollerabile.

3) Comportamento di equilibrio

Tra questi 2 poli opposti c'è tutta un'area grigia, una vasta gamma di situazioni intermedie, in cui individuamo un comportamento equilibrato: se è vero che la virtù sta nel mezzo, questa situazione è la più favorevole; alla base c'è una personalità serena, che accetta con una certa preoccupazione l'accaduto, ma ritiene consapevolmente di potersi riprendere; pone fiducia nelle nostre parole, si ripropone di modificare il proprio stile di vita, di smettere di fumare, di calare di peso. Spesso tale personaggio è quello che ha una situazione familiare più favorevole: si riappropria con serenità del focolare domestico e fa tesoro dell'esperienza vissuta. E questo la dice lunga sull'importanza della famiglia.

Il progetto salute

Si può dire che la malattia è l'attività della Vita che riporta equilibrio in una situazione compromessa.

Nella seconda parte del Novecento abbiamo assistito a un fenomeno radicalmente nuovo: tanto presso gli utenti della medicina quanto presso i suoi rappresentanti ufficiali il .progetto salute. ha avuto la tendenza a prendere il posto della vita. La società in questo senso ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire che cosa è malattia, chi è o può diventare malato e quali sono le cure. Privato di ogni possibilità di vivere la malattia come esperienza, il malato resta in balia del medico e dell'organizzazione ospedaliera, in uno stato di dipendenza totale che sarà essa stessa fonte di malattia. Ripercorrere le tappe di questo processo consente di cogliere i momenti e la qualità delle scelte attuate dalla medicina. Ovviamente, non si vogliono cancellare i successi della scienza medica, bensì relativizzarli in rapporto al paziente come persona e capire il significato della loro esaltazione come unico fattore determinante. Un simile esame porta a comprendere ciò che si è perso nel processo di espropriazione attuato dalla medicina, e ciò che potrebbe essere riconquistato dalla riappropriazione da parte dell'individuo, di sé, del proprio corpo e della stessa esperienza di malattia. Si ha la possibilità, inoltre, di scoprire il significato morale della vicenda malattia, il ruolo cioè che questa svolge nella vita dell'uomo, le provocazioni e le sfide che essa pone alla spontanea attesa di salute. gestione della malattia, in particolar modo di quella terminale, nel contesto socioculturale della realtà urbana occidentale. Tutti i meccanismi afferenti ai ruoli di malato e di medico avranno come scopo quello di ridurre questa distanza e reintegrare il paziente nella normalità..

Oggi chi accompagna il morente è solo. Inoltre, la medicalizzazione della vita, e di conseguenza della morte, ha confuso il morire con la malattia e ha delegato ogni tipo di intervento all'organizzazione sanitaria, la cui massima espressione è l'ospedale. Esaminando la paura e l'ansia come fenomeni tipici della malattia terminale, una posizione chiave è ritenuta quella del ricovero ospedaliero, dove, a causa delle leggi dell'ordinamento generale, le ripercussioni psicologiche della malattia divengono molto più evidenti.

Data l'incapacità ad accettare la sentenza di morte che molto spesso le malattie inguaribili veicolano, i familiari che si trovano da soli ad affrontare questa circostanza, spesso sviluppano un penoso senso di colpa.

L'insieme delle strutture assistenziali non è quasi mai in grado di affrontare il problema di chi muore. Dal punto di vista culturale, una società prevalentemente industriale e produttiva non riesce, infatti, a dare senso alla morte, che sembra rappresentare una sfida all'efficientismo.

La famiglia, quindi, sente gravare su di sé il peso delle decisioni, da quelle puramente assistenziali a quelle che indicano la diagnosi da comunicare al malato.

A questo proposito, è giusto dire che quasi mai i congiunti del paziente e dall'altra parte gli operatori sanitari hanno la possibilità di parlare della loro sofferenza, riuscendo così ad abbattere quella cortina di silenzio che costituisce l'intercapedine tra la loro disperazione e la presa di distanza di chi opera ed è costretto a interagire continuamente con la morte.

Si può, quindi, rinvenire una sorta di capacità dell'istituzione ospedaliera di controllare la disperazione dei malati, producendo con il linguaggio neutro e specifico della *routine* burocratica, una totale esperienza di disintegrazione del corpo. Si sottolinea, inoltre, l'aspetto, forse più drammatico dell'ospedale, che non si risolve tanto nella visione di un corpo sofferente ma nella riduzione dell'esperienza e della persona ad un racconto medicalizzato e indistinto.

In tal senso, esami e terapie più che curare alleviano il senso di colpa del medico, senza valutare che la domanda di cura rivolta dal malato non è mai solo una richiesta di prestazione tecnica, bensì la ricerca di un senso che autorizzi il sofferente a vivere in condizioni di precarietà.

La domanda di cura, pertanto, ha confini la cui ampiezza corrisponde a ciò che il malato avverte essergli venuto meno e la relazione con il medico, quindi, è sempre e comunque desiderio di rassicurazione. Nel rapporto medico-paziente si coagulano, dunque, sia elementi di una complessa reazione esistenziale e culturale sia di una ricerca di significato che spesso uno sguardo strettamente biomedico impoverisce e trascura.

L'accanimento terapeutico, invocato dalla famiglia e volentieri praticato dall'*équipe* medica, l'attivismo è ciò che consente ai familiari e al malato, quando è al corrente della situazione, una momentanea diversione dalla reale fonte di angoscia, ma ad un prezzo transitoriamente sopportabile: quello di generare falsi aggiustamenti e mantenere in piedi la commedia degli inganni. Si rileva che alla base di questa inutile difesa sta la presunzione della società occidentale, e quindi dell'istituzione medica, di ottenere e la signoria sulla malattia mortale e l'illusione di sconfiggere la mortalità.

Il nostro modello culturale mantiene e coltiva un sogno di onnipotenza: quello di nascondere e negare la morte. La pratica manipolatoria su ogni realtà naturale contraddistingue l'occidente e alimenta questa onnipotenza, la quale però è costantemente minacciata dalla malattia, dalla vecchiaia, dai disastri naturali e bellici.

La tranquillità e l'ottimismo che ci conferisce il risultato di questi rimedi parziali riguarda, però, quelle morti che non ci toccano da vicino e non quella di una persona a noi cara, unico dramma

al mondo capace di sconvolgere la nostra esistenza. È stato il controllo esasperato della morte, quindi, che insieme al dominio dei sentimenti, alla paura di commuoversi, allo sforzo stoico di trattenere le lacrime, ha comportato spesso l'impersonale professionalità degli operatori sanitari che assistono il morente e rischiano di varcare la soglia dell'indifferenza e dell'insensibilità, soffocando ogni sentimento di umana

Solidarietà Assistiamo infatti ad una paradossale contrapposizione: da un lato una tendenziale "curiosità" verso la dimensione privata della persona che soffre e, dall'altro, un uso generalizzato, a livello mediatico, di termini e concetti specifici di questo settore, che lungi dal chiarificare le problematiche in questione le banalizza rendendone in realtà ancora più oscura la comprensione.

Il contributo della riflessione filosofica, in questo contesto, dovrebbe consistere primariamente nella focalizzazione della complessità conferita alla malattia, ed alla sofferenza che ne consegue, dal loro essere radicate in situazioni di vita quotidiana, concreta. E' ciò che, in altri termini, s'intende per "vissuto biografico di malattia".

In questo senso, il primo passo è quello di integrare una visione prettamente tecnico – scientifica della malattia con una visione di carattere filosofico. Assumere una prospettiva etico - filosofica rispetto al problema della sofferenza del corpo significa innanzitutto prendere le mosse da una visione comprensiva del soggetto, fondata non già sull'idea di un corpo materia, bensì di un corpo vissuto, "portatore d'identità". L'identità corporea non viene intesa come qualcosa di dato una volta per tutte, ma come fattore imprescindibile all'interno del processo di costruzione di sé: **il corpo "apprende" un modo di essere e di rapportarsi al mondo esterno.**

In quest'ottica comincia a delinearsi l'enorme portata della condizione di malattia per il soggetto che in prima persona la sperimenta, come qualcosa che spazia al di là della disfunzione di questa o quella singola parte del corpo, al di là del timore dell'infermità o della malattia in sé, configurandosi molto spesso come una sofferenza totale e monopolizzante che " impone la sua presenza, imponendoci di focalizzare la nostra attenzione su qualunque cosa fuoriesca dal suo dominio e mettendo a nudo la nostra limitatezza e la nostra relativa impotenza di fronte ad esso".

Alla luce di queste riflessioni, è auspicabile che il personale sanitario, presa coscienza dell'importanza della dimensione umana della malattia, s'impegni affinché le potenzialità negative che ad essa ineriscono non si traducano in un incremento della sofferenza. Quest'impegno non richiede uno stravolgimento del proprio modo di lavorare, ma piuttosto un'integrazione fra un approccio tecnico - scientifico con un approccio di tipo etico. compenetrare la "cura" nel senso strettamente sanitario del termine, con un più ampio

"prendersi cura". In quest'ottica, l'instaurazione di una relazione di fiducia e la valorizzazione del "vissuto biografico" di malattia si configurano come risposte fondamentali all'appello d'aiuto che proviene dalla persona che soffre, nonché promotrici del rispetto della sua dignità e del suo ruolo centrale all'interno dei processi decisionali riguardanti le scelte relative alla cura.

GALIMBERTI E LA DANZA DEL CORPO

"Tra santi e prostitute, tra Dio e mondo, la danza". Così parla Nietzsche, dopo aver scosso tutte le figure di stabilità che Platone aveva ordinato in quell'al di là del cielo nominato "iperuranio". Ma proprio puntando verso il cielo il suo Cannocchiale aristotelico Emanuele Tesauro nel 1663 scopre che all'origine del mondo c'è "quell'arte nobilissima che è la danza di cui si dice ella esser nata da principio col mondo stesso". In verità, prima che il divino fosse irrigidito nel concetto di Dio e il sacro separato dal profano, anche Platone conveniva che "furono proprio quegli dei che ci sono stati offerti come compagni di danza a farci dono del ritmo e dell'armonia come espressioni del piacere" (Leggi, 654 a). Qui l'antica cultura greca consuona con quella biblica dove il salmista loda il Signore "con timpani e danze" (Sal.150,4) e dove Davide "danzava con tutte le sue forze davanti al Signore" (2, Sam. 6,14).

Fu il Cristianesimo a separare il sacro dalla danza e a irrigidire il corpo in uno spazio controllato e chiuso. Così Giovanni Crisostomo scrive che "Ubi saltatio, ibi diabolus", mentre Ambrosio indica nella "saltationem" la via più prossima all'impudicizia. Se poi la danza dovesse essere il modo di celebrare la festa, allora Agostino non ha dubbi: anche nei giorni festivi "Melius est arare quam saltare". Man mano che il sacro cessa di essere il luogo d'incontro di puro e impuro, per diventare luogo di mortificazione e ascesi, man mano che la parola, la scrittura, la mente diventano i veicoli del sacro, il corpo e i suoi gesti che la danza anima passano dal regno di Dioniso a quello del Diavolo, dalle Baccanti alle Streghe del sabba.

Con il Rinascimento e la nascita della scienza moderna il corpo viene riscattato dall'inferno in cui era stato relegato dalla religione dell'anima e disposto sulla tavola anatomica come corpo disciplinato dalla descrizione del sapere medico. Alle categorie religiose bene/male, anima/corpo, sacro/profano, subentrano quelle mediche di salute malattia che consentono di recuperare la danza come "benefico movimento", purché eviti gli eccessi e accada secondo disciplina. Atrofizzata nella ritualità delle buone maniere, la danza riappare come gesto acculturato. Ma è ormai la danza di un corpo chiuso, definito dai suoi confini con il mondo, non di un corpo aperto, grottesco, che entra ed è invaso dal mondo.

La laicizzazione del corpo non comporta quindi alcuna apertura al mondo e perciò la danza codificata di corte può essere accolta anche in ambito religioso purché, nell'esprimersi, i corpi evitino i contatti, perché, come scrive Francesco di Sales: "I corpi umani assomigliano a dei cristalli, che non possono essere trasportati insieme, perché toccandosi l'un con l'altro corrono

il rischio di rompersi, e ai frutti che, sebbene intatti e ben preparati, si guastano, se si leccano gli uni con gli altri".

I consigli di Francesco di Sales sembrano presi alla lettera dai giovani delle nostre discoteche avvolti in una danza solipsistica, dove anche quando si mimano gli atti del coito non si spezzano le pareti dell'incomunicabilità. L'eccesso d'energia sprigionata dai corpi, il tentativo di compensare con i gesti l'afasia del linguaggio, il ritmo meccanico che affoga l'espressività gestuale in una cadenza senza tempo, le luci stroboscopiche che, spezzando la continuità del movimento, ne inchiodano le forme, sono la parodia della danza, dove ciò che drammaticamente trapela è l'incapacità di riportare il corpo al centro della propria esperienza. Infatti l'atmosfera apocalittica, orgiastica, ipertecnologica delle nostre discoteche in cui è ricoverata la danza, come la malattia all'ospedale e la morte al cimitero, dice di corpi che hanno rinunciato ai propri gesti per regredire a quel gesto autonomo e per tutti identico che è il ritmo, qui inteso come ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, in cui sono rintracciabili le prime forme d'esistenza, quelle del ventre buio della madre, e quella del grido lacerante appena se ne esce. L'intenzione è di spostare le gabbie del proprio corpo oltre quelle delle convenzioni, il risultato è di ridurre il proprio corpo alla cadenza anonima del ritmo.

E così si perde il segreto della danza che è poi quello di curare una società che tende a rimuovere ciò che vive come malattia. La malattia di un'emotività che non sarà mai sistematica, la malattia di un'umanità irriducibile alle regole comportamentali che si è data, la malattia di un corpo che sfugge alla dimensione carnale che gli è stata imposta, la malattia di un'anima che non sa resistere nella gabbia dell'intelletto, la malattia di una ragione che ciclicamente abdica al suo ruolo di dominatrice repressiva dell'esperienza.

Si perchè c'è un senso in cui è possibile dire che la ragione ha costruito se stessa come ragione disincarnata, con conseguente riduzione del corpo nei confini dell'opacità della carne. E siccome la danza rifiuta il dualismo conflittuale tra materiale e immateriale, siccome non vive il corpo come antagonista dell'anima, la danza, con la semplicità del suo gesto, dissolve il tratto disgiuntivo con cui la ragione procede opponendo il vero al falso, il bene al male, il positivo al negativo, l'alto al basso, per richiamare quell'ordine simbolico (syn-ballein significa "mettere assieme") da cui proveniamo e che ancora ci abita come fondo abissale in cui la coscienza cerca di gettare la sua pallida luce.

Nella danza, infatti, il corpo incarna le produzioni del senso simbolico o per confermarle nella ritmicità rituale, o per dissolverle nella frenesia orgiastica. Ciò è possibile perchè nella danza il corpo abbandona i gesti abituali che hanno nel mondo il loro campo d'applicazione, per prodursi in sequenze gestuali senza intenzionalità e senza destinazione che, nel loro ritmo e nel loro movimento, producono uno spazio e un tempo assolutamente nuovi, perchè senza limiti e senza costrizioni. Perdendo l'aderenza alle cose del mondo, nella danza ogni gesto

diventa polisemico, ed è proprio in questa polisemia che il corpo può riciclare simboli, può confonderli o addirittura abolirli. Liberandosi nella pura gestualità non intenzionata, il corpo del danzatore descrive un mondo che è al di là di tutti i codici e di tutte le relative iscrizioni, perchè nella danza l'unico segno invisibile è quello in cui il corpo iscrive se stesso tra la terra e il cielo. In questo senso la danza costituisce un mezzo per sfuggire alla serietà dei codici che ci minacciano.

Scivolando l'uno sull'altro, nella danza i movimenti del corpo non si lasciano individuare, e quindi neppure analizzare, perchè danzati. Per la rapidità dei movimenti, la danza cancella di colpo le figure appena costruite, continua creazione e costruzione del mondo, composizione dei massimamente distanti, e quindi abolizione dei sensi costruiti in questa distanza. Parodia di ogni sistema, la danza dissolve tutti i sensi che vogliono proporsi come sensi definitivi. Leggerezza del corpo che ripristina la leggerezza dei simboli, la loro fluttuazione che gioca con la gravità dei codici e col rigore delle loro iscrizioni.

Se nel linguaggio sistematico dei codici il corpo si lascia esprimere dalla razionalità, nel linguaggio simbolico e nell'eccedenza semantica fluttuante che lo connota il corpo esprime la sua emotività, ciò che lo muove. Non essendo sistematica, l'emotività non potrà mai costituirsi nel linguaggio; debordando dai segni e slittando sui significati, l'emotività non ha altra possibilità di espressione se non nell'eccedenza semantica che scivola ai confini dei codici. per questo le società più diventano razionali, più aboliscono il linguaggio simbolico, togliendo sempre più spazio alle manifestazioni emotive che hanno nel corpo la loro radice.

Eppure non è la razionalità, ma è il fenomeno emotivo a far vivere i codici. Non basta infatti un sistema di segni perchè vi sia senso; il senso è sempre immesso da un referente emotivo, che può essere anche la paura per la decodificazione parziale o totale. Il linguaggio primitivo, che usa metafore organiche per esprimere le emozioni, parla del cuore, dello stomaco, del fegato, dei reni e in generale degli organi corporei come della sede delle reazioni emotive, e poi trasferisce questi organi fuori di sè per nominare le cose del mondo, per cui la casa ha una "faccia", il vaso una "pancia", il villaggio una "fronte". Con ciò il corpo e le sue parti non diventano il referente o il codice di tutti i codici, ma ciò che traduce un codice nell'altro, un sentimento in un organo, un organo in una cosa del mondo. La danza è il simbolo vivente di questa continua e ininterrotta traduzione, e a partire da qui possiamo incominciare a capire quel frammento gnostico che recita: "Chi non danza non sa cosa succede".

L'approccio al sintomo e alla malattia

Gli "errori" del corpo sono la via di transito lungo cui scorre il cambiamento dell'individuo, la trasformazione della specie, il cammino della filogenesi: ridurli a "sbagli da estirpare" , come troppo spesso fa la medicina moderna, equivale a chiudere la porta in faccia alla vita.

Considerare la malattia come a una fase di adattamento chiarifica quanto sia essenziale la sua esistenza: essa rappresenta un "momento flessibile" in cui la salute può ridisegnarsi verso un nuovo equilibrio. Per questo bisogna essere capaci anche di ammalarsi. Perdere la flessibilità significherebbe perdere la salute. Guarire significa darsi nuove norme di vita, non tornare allo stato di salute precedente. L'evoluzione non ha estinto la possibilità di ammalarsi proprio per questo: perché la malattia è utile, è il motore della crescita e dell'evoluzione della coscienza. L'umanità non può fare a meno della malattia che, più che essere combattuta, dovrebbe quindi essere "guidata".

La centralità dei simboli

La parola "simbolo" deriva dal greco e vuol dire "tenere insieme, nello stesso momento". Un simbolo psicosomatico che cosa tiene insieme? Tanti aspetti del nostro essere che secondo logica non potrebbero stare assieme. Sappiamo che mentre siamo al massimo della felicità può comparire malinconia, che a volte sul fondo della disperazione compare la serenità, che si può essere grati alla vita e al contempo arrabbiati con il destino. Allo stesso modo un sintomo è simbolico nel senso che, per esempio, può esprimere il desiderio e l'avversione per qualcosa, un bisogno di autonomia ma anche di dipendenza, la voglia di amare e l'urlo per non essere stati amati. Il corpo, inteso come simbolo, ritorna così a essere la sede in cui gli opposti sono compresenti, come avviene, in modo sincronico, a livello psichico. E sincronicità è la parola, utilizzata per la prima volta da Jung, che meglio chiarisce questo aspetto: qualcosa che avviene non solo nello stesso tempo, ma che ha pure lo stesso senso. Così, se una persona soffre di gastrite, anche a livello psichico troveremo atteggiamenti che, per analogia, sono simili a quelli dello stomaco infiammato...

Bibliografia.

Adler Segre Eliana, "Il malato di Aids e l'orthotanasia", in Giovanni C. Zapparoli, Eliana Adler Segre, Vivere e morire. Un modello d'intervento con i malati terminali, Feltrinelli, Milano, 1997.

Ariès Philippe, L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi, Laterza, Roma-Bari, 1985 (1977).

Augé Marc, "Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento", in Marc Augé e Claudine Herzlich, Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).

Augé Marc, Herzlich Claudine, Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).

Autton Norman, Vincere il dolore. Farmaci e presenza umana, Città Nuova Editrice, Roma, 1989 (1986).

Baudrillard Jean, Lo scambio simbolico e la morte, Feltrinelli, Milano, 1990 (1976).

Bauman Zygmunt, Il teatro dell'immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita, Il Mulino, Bologna, 1995 (1992).

Bell Rudolph, La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo a oggi, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1992 (1985).

Bettelheim Bruno, Sopravvivere, Feltrinelli, Milano, 1991, (1952).

Binda Wilma, "Alcune problematiche psicologiche dell'uomo malato" in AA.VV., Malattia e ospedalizzazione. Problemi psicologici, Vita e Pensiero, Milano, 1978.

Bizzotto Mario, Il grido di Giobbe: l'uomo, la malattia, il dolore nella cultura contemporanea, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1995.

Bonetti Marco, Alfieri Roberto (a cura di), L'assistenza domiciliare al malato neoplastico terminale e alla sua famiglia, Atti del Corso di Aggiornamento 1992 per i Medici di Medicina Generale, USSL 29 Bergamo, Servizio di Assistenza Sanitaria di Base.

Campione Francesco, Guida all'assistenza psicologica del malato grave, del medico e della famiglia. Ama il prossimo tuo come se stesso, Pàtron Editore, Bologna, 1986.

Campione Francesco, Dialoghi sulla morte, CLUEB, Bologna, 1996.

Campione Francesco, "Il problema della morte nella famiglia del paziente oncologico: il lutto anticipatorio", in Giovanni Invernizzi, Cinzia Bressi, Margherita Comazzi (a cura di), La famiglia del malato neoplastico, Estratto da Progressi Clinici: Medicina, vol. 6, n. 3, Piccin, Padova, 1992.

Cancrini Luigi, Date parole al dolore. La depressione: conoscerla per guarire, Frassinelli, Como, 1996.

Carotenuto Aldo, L'eclissi dello sguardo, Bompiani, Milano, 1997.

Cattorini Paolo, La morte offesa: espropriazione del morire ed etica della resistenza al male, Edb, Bologna, 1996.

Cattorini Paolo, Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1994.

Cattorini Paolo, Sotto scacco: bioetica di fine vita, Liviana Medicina, Napoli, 1993.

Colombo Don Sergio, "Accanto a colui che muore", in Marco Bonetti, Roberto Alfieri (a cura di), L'assistenza domiciliare al malato neoplastico terminale e alla sua famiglia, Atti del Corso di Aggiornamento 1992 per i Medici di Medicina Generale, USSL 29 Bergamo, Servizio di Assistenza Sanitaria di Base.

Comazzi Margherita, Morselli R., "L'impatto della famiglia con la diagnosi di cancro", in Giovanni Invernizzi, Cinzia Bressi, Margherita Comazzi (a cura di), La famiglia del malato neoplastico, Estratto da Progressi Clinici: Medicina, vol. 6, n. 3, Piccin, Padova, 1992.

Combi Mariella, Il grido e la carezza, Sellerio Editore, Palermo, 1988.

Condini Beniamino, L'assistenza agli infermi in famiglia, Croce Rossa Italiana, Rovereto, 1967.

Cosmacini Giorgio, Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

Cozzi Donatella, La depressione, Il Saggiatore, Milano, 1996.

De Clercq Fabiola, Donne invisibili. L'anoressia, il dolore, la vita, Bompiani, Milano, 1996.

De Clercq Fabiola, Tutto il pane del mondo. Cronaca di una vita tra anoressia e bulimia, Bompiani, Milano, 1997 (1990).

De Martino Ernesto, Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre al pianto di Maria, Boringhieri, Torino, 1975 (1958).

De Sandre Paolo, Famiglia nella società: tra ieri e domani, in Enciclopedia della famiglia, Ave, Roma, 1972.

Douglas Mary, Rischio e colpa, Il Mulino, Bologna, 1996 (1992).

Duden Barbara, Il corpo della donna come luogo pubblico, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

Duras Marguerite, Il dolore, Feltrinelli, Milano, 1995 (1985).

Elias Norbert, La solitudine del morente, Il Mulino, Bologna, 1985 (1982).

Ercolani Mauro, Malati di dolore, Zanichelli, Bologna, 1997.

Feigenberg Loma, Aspetti psicosociali del cancro e del suo trattamento. Cosa significa il cancro per i malati, per i sanitari, per la gente, Fondazione Gigi Ghirotti, Genova, 1987.

Foucault Michel, Nascita della clinica, Einaudi, Torino, 1969 (1963).

Fuchs Werner, Le immagini della morte nella società moderna, Einaudi, Torino, 1972.

Gallini Clara, La soglia del dolore dai racconti di guarigione di Lourdes, "Etnoantropologia", 8-31.

Gallini Clara, Lourdes e la medicalizzazione del miracolo, "La Ricerca Folklorica", 1994, 29, 83-94.

Gandolfi Colleoni Giulio, Lazzari Carlo, Trallo Fiammetta, Racconti dai confini della vita, Pitagora Editrice, Bologna, 1996.

Gilson Maria Clotilde, "La funzione dell'orthotanasista", in Giovanni C. Zapparoli, Eliana Adler Segre, Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali, Feltrinelli, Milano, 1997.

Good Byron J., Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Edizioni di Comunità, 1999 (1994).

Guérin Monique, Il medico di famiglia e il suo paziente, Il Saggiatore, Milano, 1996 (1995).

Héritier-Augé Françoise, Aids. La sfida antropologica, Ei Editori, Roma, 1993.

Herzlich Claudine, "Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale", in Marc Augé e Claudine Herzlich, Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).

Herzlich Claudine, Pierret Janine, Malati di ieri malati di oggi. Dalla morte collettiva al dovere della guarigione, Lucarini Editore, Roma, 1986 (1984).

Huard Pierre, Ming Wong, Tecniche del corpo, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1973.

Iandolo Costantino, Il malato inosservante, Armando Editore, Roma, 1985.

Iandolo Costantino, L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza, Armando Armando Editore, Roma, 1979.

Iandolo Costantino, Parlare col malato. Tecnica, arte ed errori della comunicazione, Armando Armando Editore, Roma, 1983.

- Illich Ivan, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1977 (1976).
- Invernizzi Giovanni, Bressi Cinzia, Comazzi Margherita (a cura di), *La famiglia del malato neoplastico*, Estratto da *Progressi Clinici: Medicina*, vol. 6, n. 3, Piccin, Padova, 1992.
- Kübler-Ross Elisabeth, *La morte e il morire*, Cittadella Editrice, Perugia, 1979².
- Kübler-Ross Elisabeth, *Domande e risposte sulla morte e il morire*, Edizioni red./studio redazionale, Como, 1981 (1974).
- Kubler-Ross Elisabeth, *AIDS. L'ultima sfida*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Lazzari Carlo, Gandolfi Colleoni Giulio, Trallo Fiammetta, *Guida alla comunicazione con la persona in crisi e con il malato grave*, Pitagora Editrice, Bologna, 1995
- Le Breton David, *Antropologie de la douleur*, Editions Métailié, Parigi, 1995.
- Lombardi Satriani Luigi M., *La stanza degli specchi*, Meltemi, Roma, 1994.
- Lombardi Satriani Luigi M., Mariano Meligrana, *Il ponte di San Giacomo*, Sellerio Editore, Palermo, 1989.
- Lombardi Satriani Luigi M., Maricla Boggio, Francisco Mele, *Il volto dell'altro. Aids e immaginario*, Meltemi Editore, Roma, 1995.
- Lombardi Satriani Luigi M., "Aids, alterità, silenzi", in Luigi M. Lombardi Satriani, Maricla Boggio, Francisco Mele, *Il volto dell'altro. Aids e immaginario*, Meltemi Editore, Roma, 1995.
- Lombardi Satriani Luigi M., *Nel labirinto. Itinerari metropolitani*, Meltemi, Roma, 1996.
- Malacrida Roberto, Martignoni Graziano, Zambelloni Franco (a cura di), *Verso una società indolore? Le aporie del dolore contemporaneo tra necessità e inutilità*, Edizioni Alice, Comano, 1992.
- Mariani Ottavio, "Jung e la morte", in Giovanni C. Zapparoli, Eliana Adler Segre, *Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- Markham Ursula, *L'elaborazione del lutto*, Mondadori, Milano, 1997 (1996).
- Mazzoli Graziella, *Malattia e repertorio simbolico*, Montefeltro Edizioni, Urbino, 1981.
- Mele Francisco, "Il corpo, la persona, la presenza", in Luigi M. Lombardi Satriani, Maricla Boggio, Francisco Mele, *Il volto dell'altro. Aids e immaginario*, Meltemi Editore, Roma, 1995.
- Melzack Ronald, D. Wall Patrick, *La sfida del dolore*, Piccin Nuova Libreria, Padova, 1988.
- Morretta Carlo, Tommasi Rossana (a cura di), *Il percorso del morire: l'esperienza della fine e la condivisione della sofferenza*, Unicopli, Milano, 1995.
- Natoli Salvatore, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano, 1986.
- Neri Demetrio, *Eutanasia: valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Bari, 1995
- Nesbitt Blondis Marion, Jackson Barbara E., *Oltre la parola. Importanza dei linguaggi non verbali nei rapporti con il paziente*, Calderini, Bologna, 1980 (1974).
- Nguyen Vinh-Kim, "Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano", in Mariella Pandolfi, *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma, 1996.

- Nouwen Henry J. M., *Al di là dello specchio: riflessioni sulla vita e la morte*, Queriniana, Brescia, 1992.
- Nuland Sherwin B., *Come moriamo. Riflessioni sull'ultimo capitolo della vita*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1997 (1993).
- Ongaro Basaglia Franca, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1982.
- Pandolfi Mariella, *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio Campano*, Franco Angeli, Milano, 1991.
- Pandolfi Mariella, *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma, 1996.
- Perrone L., Immirzi M.C., "Problemi di comunicazione all'interno della famiglia del paziente canceroso", in Giovanni Invernizzi, Cinzia Bressi, Margherita Comazzi (a cura di), *La famiglia del malato neoplastico*, Estratto da *Progressi Clinici: Medicina*, vol. 6, n. 3, Piccin, Padova, 1992.
- Petrini Massimo, *Accanto al morente: prospettive etiche e pastorali*, Vita e Pensiero, Milano, 1990.
- Pierret Janine, "I significati sociali della salute: Paris, l'Essonne, l'Hérault", in Marc Augé e Claudine Herzlich, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).
- Pinkus Lucio, *Psicologia del malato*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1985.
- Rauzi Pier Giorgio, Luigi Menna, *La morte medicalizzata*, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1993.
- Rigliano Paolo, *L'Aids e il suo dolore*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.
- Romano Franca, Laura Malipiero strega, Meltemi, Roma, 1996
- Rosa Fabio (a cura di), *Il mio nome è sofferenza. Le forme e la rappresentazione del dolore*, Atti del Seminario di antropologia letteraria, Trento 30 marzo - 1 aprile 1992, Editrice Università degli Studi di Trento, Trento, 1994.
- Ruffatto Maria Teresa, "La famiglia di fronte al congiunto malato terminale di cancro", in Marco Bonetti, Roberto Alfieri (a cura di), *L'assistenza domiciliare al malato neoplastico terminale e alla sua famiglia*, Atti del Corso di Aggiornamento 1992 per i Medici di Medicina Generale, USSL 29 Bergamo, Servizio di Assistenza Sanitaria di Base.
- Sacks Oliver, *Risvegli*, Adelphi, Milano, 1995, (1973).
- Santosuosso Amedeo (a cura di), *Il consenso informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.
- Scarry Elaine, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Il Mulino, Bologna, 1990 (1985).
- Schwob Marc, *Il dolore*, Il Saggiatore, Milano, 1997 (1994).
- Sgreccia Elio, Spagnolo Antonio G., Di Pietro Maria Luisa (a cura di), *L'assistenza al morente: aspetti socio-culturali, medico-assistenziali e pastorali*, Atti del congresso internazionale, Roma, 15-18 marzo 1992, Vita e Pensiero, Milano, 1994.
- Sindzingre N., "La necessità del senso: la spiegazione della sventura presso i Senufo", in Marc Augé e Claudine Herzlich, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).
- Sontag Susan, *Malattia come metafora. Aids e cancro*, Einaudi, Torino, 1992 (1977).

Taylor Shelley E., *Illusioni. Quando e perché l'autoinganno diventa la strategia più giusta*, Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 1991 (1989).

Toscani Franco, *Il malato terminale*, Il Saggiatore, Milano, 1997.

Valseschini Silvio, *Il malato e la sofferenza*, Riza Libri, Milano, 1982.

Vovelle Michel, *La morte e l'Occidente. Dal 1300 ai giorni nostri*, Laterza, Bari, 1993 (1983).

Wilson-Barnett Jenifer, *Stress, malattia, ospedale. Le reazioni psicologiche alla malattia e all'assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1981 (1979).

Zambelloni Franco, "Controversie", in Roberto Malacrida, Graziano Martignoni, Franco Zambelloni (a cura di), *Verso una società indolore?*, Edizioni Alice, Comano, 1992.

Zapparoli Giovanni C., Adler Segre Eliana, *Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali*, Feltrinelli, Milano, 1997.

SITI INTERNET

Bertelli Antonio, *Il malato terminale nella relazione col gruppo di cura*, Bollettino medico dell'ospedale di Careggi, n. 3, Firenze, 1995, <http://www.dfc.unifi.it/AOC/95-08/art15.htm>.

Cecchetti Corrado, Biancucci Anna Maria, *Medico e dolore*, Cattedra di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma, <http://www.paoline.it/petruspaulus/Bioetica/MedDol.html>.

Comitato Italiano di Bioetica, *Dottore mi faccia morire!*, <http://www.fastnet.it/utenti/marinelli/filosof/eut2.html>

Comitato Italiano di Bioetica, *Corso di Bioetica. Antropologia della sofferenza*, <http://www.fastnet.it/utenti/marinelli/bioetica/chdp.html>.

Comitato Italiano di Bioetica, *La medicalizzazione della società*, <http://www.fastnet.it/utenti/marinelli/filosof/medical.html>.

EURISPES, *Il paradiso può attendere ? Gli atteggiamenti di fondo ed i giudizi circostanziati degli Italiani*, <http://www.mix.it/eurispes/EURISPES/9/default.htm>

Lampronti Vito, *Tavola rotonda sull'assistenza al malato in 'fase terminale'*, Bollettino Medico dell'ospedale di Careggi, n.3, Firenze, 1995, <http://www.dcf.unifi.it/AOC/95-08/art14.htm>

Mantovani Chiara, *Gli ospedali esistono per curare gli ammalati*, <http://www.comune.ferrara.it/mm/amci/osped.htm>.

Morasso Gabriella (a cura di), *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*, <http://www.pensiero/htm/editore/letti/cancrocurare/htm>.

Natoli Salvatore, *Il senso del dolore*, <http://www.emsf.rai.it/archivio/TextTema/Male/NatoDolo.htm>.

Natoli Salvatore, *Il sacro e la morte*, <http://www.emsf.rai.it/archivio/TextTema/Sacro/NatoSac.htm>.