

**La felicità e il dolore**  
Verso un'etica della cura

*a cura di*  
Luigi Alici

*Contributi di*  
Luigi Alici  
Laura Boella  
Carla Danani  
Roberto Garaventa  
Michele Nicoletti  
Paola Nicolini  
Donatella Pagliacci  
Maria Letizia Perri  
Massimo Reichlin



9 Invito alla lettura

*Luigi Alici*

15 PARTE PRIMA

Linee di orientamento

17 La felicità e il dolore fra fenomenologia e antropologia

*Roberto Garaventa*

Forme del dolore – Forme della felicità – La vita come “periodo intermedio” – Felicità negativa e positiva – Soggettivisti e oggettivisti – Felicità soggettiva – Tra piacere e desiderio – Felicità oggettiva – Intensità incomensurabile – La felicità come pienezza – La vita buona – Una costante antropologica – Felici da soli? – Un problema specificamente umano

55 Il potere del dolore. Per una fenomenologia del rapporto tra politica e sofferenza

*Michele Nicoletti*

La sofferenza nell'origine – Sofferenza ed esercizio del potere – L'amplificazione della sofferenza come strumento di dominio – La sofferenza come stazione sulla via della libertà

77 La sventura nel dolore. La lezione di Simone Weil

*Laura Boella*

Il dolore e il potere – La sventura oltre la sofferenza – Il punto zero dell'umano – “Fragili passaggi all'impersonale”

Copyright © MMX  
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it  
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133/A-B  
00173 Roma  
(06) 93781065

isbn 978-88-548-3425-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: agosto 2010

## Intorno alla definizione di normale e patologico: il contributo di Paul Ricoeur

Donatella Pagliacci

*Dunque, la felicità è insieme la cosa più buona,  
la più bella e la più piacevole,  
qualità queste che non devono essere separate  
(Aristotele, Etica Nicomachea, I, 8, 1099)*

### Asimmetria tra felicità e dolore

Come ricorda anche Zygmunt Bauman nel suo libro *L'arte della vita*, la saggezza degli antichi costituisce un punto di riferimento ineludibile per la definizione e comprensione della felicità. Oggi, tuttavia,

nessuno o quasi si aspetta che le stesse cose che lo rendono felice un giorno continuino a mandarlo in estasi e a dargli piacere per sempre, e pochi crederanno che sia possibile raggiungere una condizione di felicità una volta per tutte, e che quella condizione, se raggiunta possa durare per il resto della vita senza ulteriori sforzi; pochi crederanno cioè che, se si smette di cercare nuova e maggiore felicità, quella che si ha rimanga inalterata, pur comprendendo che «d'ora in poi nulla cambierà e tutto rimarrà così com'è»<sup>1</sup>.

Non potendo affrontare in questa sede un tema tanto vasto, ci limitiamo ad osservare con Bauman che la ricerca della felicità pos-

1. Z. Bauman, *L'arte della vita* (2008), trad. di M. Cupellaro, Laterza, Roma-Bari 2009, p. 38.

siede per l'uomo di oggi «una potente forza destabilizzante»<sup>2</sup>. Pur essendo venuti meno molti dei criteri che rendevano riconoscibili gli oggetti e i valori connessi al vivere felice, non è cambiato l'orientamento di fondo e «a tutti noi, uomini e donne, vecchi e giovani, è stato detto che la vita è un'opera d'arte, e che darvi forma è dato/demandato ai singoli artisti, e tutti noi siamo pungolati e allettati ad assumerci i rischi che comporta, inevitabilmente, quest'arte»<sup>3</sup>.

Se riconosciamo che godere della felicità è la massima aspirazione a cui tende la vita umana dobbiamo ammettere che il termine felicità ci rimanda ad un orizzonte semantico vasto, complesso e articolato che sembra escludere qualsiasi forma di negatività e dunque anche di dolore. Ora, ci chiediamo, è davvero impossibile la compatibilità tra felicità e dolore, davvero si può essere veramente e pienamente felici solo in assenza della benché minima condizione negativa? Se tale ipotesi dovesse venir confermata, dovremmo anche essere disposti ad escludere dalla possibilità della felicità un'enorme massa di persone che, quotidianamente, fanno i conti con le loro piccole o grandi tragedie, pur riuscendo a ritagliarsi spazi o istanti di vera felicità. L'evento stesso della nostra nascita non ci rimanda in fondo a questa possibilità: il dolore fisico della madre non coesiste con la gioia piena e totale per la venuta al mondo della propria creatura?

La questione di fondo che vorremmo cercare di discutere è se e in che misura si può essere felici, anche in presenza di un impedimento che sembrerebbe, almeno in apparenza, escludere o limitare l'accesso alla vera felicità. Questo nella convinzione che se si apre una breccia tra felicità e dolore, ovvero se il dolore non è inteso solo come il negativo della felicità, ma come qualcosa di *altro* in cui permane la possibilità della felicità, si concede all'umano una *chance* in più per realizzare una vita piena e degna di essere realmente vissuta. Tutto ciò nella convinzione che felicità e dolore non sono due termini antitetici, ma due grandezze diseguali che possono incrociarsi e coesistere, proprio perché sussistono in una relazione di tipo essenzialmente asimmetrico.

2. Ivi, p. 40.

3. Ivi, p. 65.

Non potendo entrare nelle numerose definizioni di felicità, ci limitiamo a riconoscere, con Natoli, che «la felicità — che pure viene definita come adempimento perfetto della propria pulsione, come sentimento della libera espansione di sé — non appartiene solo ai momenti di vita intensa, ma è felice colui che sa modulare i ritmi dell'esistenza in mezzo ai dolori e alle gioie sa trovare a tempo la misura»<sup>4</sup>, nel senso del fuggire dall'eccesso e guardare con occhio straordinario ciò che è semplice, ordinario comune.

Dolore, malattia, sofferenza e angoscia sono versanti, senz'altro negativi, eppure *forse* non esclusivamente negativi. Siamo ben lungi dal cercare di smussare l'angolatura tragica del dolore per finire nel desolato sentiero di una felicità raggiunta proprio grazie al negativo. Quello che vorremmo è, piuttosto, evitare il duplice pericolo della banalizzazione e dell'eccessiva demonizzazione del negativo che, come è stato osservato, finisce per trattare sofferenza, angoscia e dolore solo come «una sorta di tabù, da cui bisogna cercare di difendersi in tutti i modi [...] per non minacciare l'ottimismo di facciata che, sbandierato sui manifesti e negli spot pubblicitari, deve improntare le relazioni interumane»<sup>5</sup>.

Si delinea in tale prospettiva un possibile percorso di ricerca che trova nell'idea della composibilità tra felicità e dolore il suo punto di partenza e nel ripensamento della vulnerabilità umana il suo punto di approdo.

### Ripensamento della vulnerabilità

Sul solco tracciato dall'idea della composibilità tra felicità e dolore si iscrive il contributo di Paul Ricoeur, il quale, rileggendo in chiave diversa l'infermità e la malattia, cerca di «adattare un senso differenziato di rispetto a una nozione del patologico carico di va-

4. S. Natoli, *La felicità, saggio di teoria degli affetti*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 250.

5. R. Garaventa, *Angoscia*, Guida, Napoli 2006, p. 14.

lori positivi»<sup>6</sup>. Ricoeur introduce con queste considerazioni un suo intervento sul normale e il patologico (*La différence entre le normale et le pathologique comme source de respect*), tenuto presso l'Associazione "L'Arche" (Avignone 1997), e durante l'XI colloquio scientifico della "Fondazione John Boston" (1998), da cui proviamo a ricavare qualche utile spunto di riflessione.

In questa sede, in linea di continuità con le considerazioni svolte da George Ganguilhelm sul terreno della filosofia medica<sup>7</sup>, Ricoeur si concentra sulla differenza tra normale e patologico a partire dal rapporto che ogni essere vivente istituisce con il suo ambiente. Su questo punto Ricoeur dichiara la propria avversità nei riguardi di alcune teorie, tra cui quella behaviorista, che, a parte qualche significativo contributo, merita di essere ridiscussa sia sul piano metodologico che sperimentale. Il filosofo francese intende, in particolare, «serbare l'idea che l'essere vivente, in quanto distinto da un macchinario fisico, intrattiene con il suo ambiente una relazione dialettica di dibattito, di uno spiegarsi con»<sup>8</sup>, per poi definire lo statuto della malattia come qualcosa d'altro dalla mancanza, dalla deficienza, dall'impotenza: una organizzazione *altra*, che coglie l'individuo nel suo rapportarsi ad "un ambiente ristretto" e, dunque, capace di veicolare valori positivi, alternativi a quelli della salute.

Il punto di partenza per la riabilitazione del patologico avviene anzitutto sul piano biologico. A questo livello è lecito chiedersi: «come è possibile che ci sia del patologico sul piano della vita?»<sup>9</sup>. In effetti, solo la differenza tra fisico e biologico consente di accedere alla comprensione delle anomalie che non si danno a livello fisico, regolato da leggi, ma sono presenti a livello biologico, in cui l'esistenza stessa dell'individualità crea le condizioni per l'irregolarità. Infatti, dire che

6. P. Ricoeur, *La differenza fra il normale e il patologico come fonte di rispetto* (1997), in *Il giusto 2*, trad. di D. Iannotta, Effatà, Cantalupa (Torino) 2001, p. 226.

7. Cf. G. Ganguilhelm, *Il normale il patologico* (1975), trad. di M. Porro, Einaudi, Torino 1998; Id., *La conoscenza della vita*, trad. di F. Bassini, Il Mulino, Bologna 1976.

8. P. Ricoeur, *La differenza fra il normale e il patologico come fonte di rispetto*, cit., p. 227.

9. Ivi, p. 228.

esiste una possibilità di deroga, significa ammettere che vi è un *prius* di riferimento rispetto a cui si determina l'eccezione. Effettivamente è proprio l'esistenza del *normale* che, non senza ambiguità, rende possibile l'anomalia.

Il normale, infatti, non ha un'accezione univoca, anzi Ricoeur ci ricorda che si possono individuare «due letture del normale: possiamo identificare la norma a una media statistica; il criterio è, allora, di frequenza, lo scarto non è che una devianza in rapporto alla media stessa; ma con norma possiamo anche intendere un ideale, in un senso esso stesso molteplice: riuscita, benessere, soddisfazione, felicità»<sup>10</sup>.

Ora, l'idea stessa di salute sembra dipendere proprio da questa duplice definizione del *normale*, che funge in un caso da *media* e nell'altro da *ideale*. Salute, in effetti, si dice in generale sempre in riferimento ad una norma, nel senso della capacità limitata di gestire le minacce, i danni, le disfunzioni e, tra queste, le malattie. In corrispondenza ai due livelli della norma, di cui sopra, si danno due definizioni diverse di malattia: una negativa che associa il patologico a mancanza, deficienza; l'altra positiva, in cui patologico significa un'organizzazione *altra*, che possiede sue leggi proprie. Non è facile, tuttavia, applicare alla vita le categorie sovra esposte dal momento che questa sfugge a qualsiasi procedimento classificatorio<sup>11</sup>.

Queste premesse costituiscono una valida cornice concettuale entro la quale collocare la difficile e delicata questione della malattia. In effetti, Ricoeur è seriamente interessato ad una riabilitazione del patologico, che passi attraverso una riconsiderazione della malattia, fin dal piano biologico. Le argomentazioni addotte, cercando di opporsi al deprezzamento dei malati stessi e ai pregiudizi che portano alla loro esclusione personale, sociale e fino al piano istituzionale, sono finalizzate a riscattare l'infermità in quanto tale. In sostanza Ricoeur cerca di apportare un valido correttivo alla tendenza a caratte-

10. Ivi, p. 229.

11. «La vita si presenta come un'avventura, di cui non si sa che cosa in essa è tentativo e che cosa è scacco. Si comprende il perché; il valore vitale non è un fatto osservabile. La vita viene sempre valutata e questa valutazione è sempre relativa» (ivi).

rizzare la vulnerabilità quale semplice difetto, puro *deficit*. A questo riguardo afferma:

Se la malattia è portatrice di valori [...] non è più soltanto l'autonomia della persona a dover essere ritenuta fonte e oggetto di rispetto bensì la vulnerabilità stessa [...]. Il patologico è degno di stima e di rispetto proprio nella sua differenza in rapporto al normale e sulla base dei valori connessi con la suddetta differenza. In questo modo si può render giustizia al patologico di fronte ai pregiudizi che concorrono alla sua esclusione sociale<sup>12</sup>.

Il nucleo della riflessione investe la nozione stessa di rispetto, nella misura in cui a Ricoeur non interessa difendere un generico rispetto che investa tutti gli esseri umani, a prescindere dalle condizioni particolari in cui si trovano, quanto piuttosto insistere su un «rispetto mirato rivolto al patologico in quanto riconosciuto strutturalmente degno di rispetto»<sup>13</sup>.

Ricoeur si preoccupa inoltre di smarcare una visione *insolente* della salute che tende «ad erigere la norma nel senso di media a norma nel senso di ideale»<sup>14</sup>. Dietro questa nozione vi sarebbe un sentimento di glorificazione di sé, da parte dell'individuo, che è desideroso di autocelebrarsi per la sua buona salute e per il possesso del *potere di...* In rapporto a questo potere, la malattia non può che definirsi in termini di impotenza: ciò che non posso ovvero, ciò che non posso più. Ora, anche il progetto di guarigione, insito nella dimensione sociale della medicina, presuppone paradossalmente una svalutazione e un deprezzamento della malattia: in breve: «Sentirsi malati, dirsi malati, comportarsi da malati significa ratificare una siffatta valutazione negativa, siffatto deprezzamento»<sup>15</sup>.

Tanto sul piano sociale, quanto su quello esistenziale sembra essere in gioco una nuova criteriologia del normale e del patologico: per cui una normalità sociale di *uso* si sostituisce a una normalità biolo-

12. P. Ricoeur, *Il giusto*, cit., p. 53.

13. Id., *La differenza fra il normale e il patologico come fonte di rispetto*, cit., p. 226.

14. Ivi, p. 230.

15. Ivi, p. 231.

gica di *esercizio*. Il normale finisce per diventare un comportamento capace di soddisfare i criteri sociali del vivere insieme e alimentare il subdolo desiderio del voler essere *come* gli altri: «Si è affascinati da ciò che è permesso ad altri e vietato a noi. Un patologico per analogia occupa il proscenio»<sup>16</sup>.

Si produce in questa direzione uno spostamento dall'interno all'esterno: ovvero «dalla norma interiore all'essere vivente alla norma esterna del sociale, tal quale è codificato dagli altri»<sup>17</sup>. Ne deriva una vera e propria discriminazione sociale tra ciò che soddisfa o non soddisfa la normalità sociale e il conseguente allontanamento del patologico, dal momento che questo rimanda sempre ad una fragilità e vulnerabilità inaccettabili e minacciose per l'equilibrio della dimensione sociale: «Fondamentalmente, dallo spettacolo della devianza è minacciata la stessa insolenza della vita, ratificata, consolidata in fiducia e in sicurezza dal successo sociale»<sup>18</sup>. Ai malati psichiatrici, che costituiscono un caso paradigmatico dell'esclusione sociale, è toccata la stessa sorte dei delinquenti gravi: gli uni e gli altri essendo una pericolosa minaccia per la mentalità positiva e per la logica dell'efficienza tipica del modello sociale, sono stati allontanati "esclusi" dal cerchio sano della società civile e relegati debitamente fuori, lontano dalle solide e rassicuranti mura della città. Non è un caso, ad esempio, che gli ospedali psichiatrici siano collocati in luoghi isolati e lontani dalle belle vedute cittadine.

Quello che accade nella cura delle malattie psichiatriche può diventare un caso emblematico per comprendere la necessità di restituire alla malattia la dignità perduta. L'ospedale psichiatrico costituisce, infatti, un'istituzione che dovrebbe prendersi cura di individui non più in grado di gestire da soli il proprio disagio. Con l'ospedalizzazione si vorrebbe che si istituisse una relazione tra un paziente, bisognoso di cure e un medico in grado di leggere, comprendere e curare la patologia specifica di quel paziente. In realtà, ciò che avviene è molto diverso e molto lontano dal rispetto della dignità del

16. *Ibid.*

17. Ivi, 232.

18. *Ibid.*

malato. Nella struttura psichiatrica, infatti, ci ricorda Ricoeur, «protocolli codificati si innestano sul caso da trattare e lo incorporano alle ramificazioni mondiali della conoscenza e della pratica medica circa la diagnosi, il trattamento e la prognosi»<sup>19</sup>.

L'ospedale, in quanto istituzione, dovrebbe garantire al malato uno spazio in cui condividere con altri la propria fragilità, mettendo il malato mentale al riparo dalle insidie dell'efficienza pubblica. In realtà, nonostante i progressi compiuti, l'istituzione psichiatrica sembra mettere tra parentesi la persona del malato e in fondo la stessa nozione di salute: «L'entità cui esso si applica non è precisamente al persona individuale, bensì una realtà statistica, legata alla nozione di popolazione che la medicina pubblica condivide con la demografia»<sup>20</sup>.

Nella malattia psichiatrica sembra infrangersi il patto di cura che normalmente si istituisce tra medico e paziente. Nella relazione terapeutica, infatti, nonostante l'asimmetria tra la competenza del medico e la richiesta di aiuto da parte del paziente, vi è un piano di convergenza costituito dalla diagnosi e dalla terapia che devono servire a dare una risposta concreta alle richieste del paziente, senza fissarlo nella sua malattia. Ciò che la terapia psichiatrica sembra non riuscire ad evitare è il processo di esclusione del malato, che non viene più considerato come un interlocutore attendibile dentro il rapporto di reciprocità asimmetrica con il medico curante.

Il processo di esclusione dei malati mentali, in particolare, si delinea tanto sul piano della loro esistenza sociale, quanto su quello istituzionale:

L'atto di esclusione sociale riveste una forma istituzionale in molte maniere. Innanzitutto, in una maniera pressoché invisibile a ogni stadio dell'intervento medico; quindi, un modo visibile e terribilmente sconcertante sul piano dei fantasmi continuano, sulla scia di una storia terrificante, a iscriversi nei comportamenti pubblici, che fanno sì che noi sfuggiamo i devianti patologici come lo facciamo con i criminali<sup>21</sup>.

19. *Ibid.*

20. *Ivi*, p. 233.

21. *Ivi*, p. 234.

Occorre, a questo punto, rintracciare la genesi di un tale processo di esclusione che investe la coscienza stessa di ogni uomo. Di fatto «l'esclusione procede da ogni interiorità propria; rimpiazzando la trascendenza, l'immanenza si rivela più crudele di quella. Il malato (pazzo) è il mio doppio infinitamente vicino»<sup>22</sup>. Non è difficile, d'altra parte, rendersi conto che il limite tracciato tra il normale e il patologico non concerne solo i malati mentali.

Di qui nasce la proposta vera e propria del filosofo francese, il quale è convinto che, dove l'educazione pubblica ha fallito, il ripristino dell'autentica relazione medico-paziente possa far raggiungere dei traguardi considerevoli. L'atto medico sembra, infatti, in grado di stroncare e sradicare non pochi pregiudizi pubblici, proprio nel momento in cui, a livello di pratica sociale ordinaria, pare che il senso della comunità si sia inabissato abbandonando l'individuo solo con la propria solitudine. Si tratta di un passo avanti che può essere effettuato riportando la riflessione sul valore della vita, considerata come un bene da difendere non più sul piano sociale, ma esistenziale. È a questo livello, infatti, che l'individuo si definisce non più in confronto con altri, ma solo in riferimento a se stesso, «in funzione del proprio orizzonte di performance con i suoi criteri personali di effettuazione e di valutazione»<sup>23</sup>.

Occorre, in sostanza, riaprire la partita con la questione dell'identità personale. Nel processo attivato dalla ricerca della propria identità, l'individuo è portato a fare i conti con tutto se stesso; se vuole conoscere o riconoscere realmente se stesso, il soggetto non può sottrarsi dal lavoro di ricomposizione del proprio sé passato, al cui centro c'è appunto, come ben insegna la psicanalisi di Freud, il lavoro della memoria e del lutto, «grazie a cui il soggetto raccoglie se stesso e tenta di costruire una storia di vita che sia, a un tempo, intelligibile e accettabile, intellettualmente leggibile ed emotivamente sopportabile»<sup>24</sup>.

Il lavoro della memoria e del lutto consentono di ricordare e ricomporre i "pezzi" della propria vita passata, affinché la melan-

22. *Ivi*, p. 235.

23. *Ibid.*

24. *Ivi*, p. 236.

conia, conseguente agli eventi luttuosi e al dolore per la perdita, non prenda il sopravvento fino a mettere sotto scacco la dignità umana. Il lavoro sembra possedere una grande rilevanza nella relazione terapeutica, nella misura in cui ad esso «appartengono anche, da un lato, la pazienza dell'analista verso la ripetizione canalizzata dal transfert, dall'altro, il coraggio dell'analizzando nel riconoscersi malato, alla ricerca di un rapporto veridico con il proprio passato»<sup>25</sup>. Nel nostro rivolgerci verso il passato sembrano darsi due possibilità: rispondere al lavoro del lutto cedendo allo scoraggiamento, alla tristezza, che conducono all'angoscia; oppure reagire con quel sentimento morale che Ricoeur definisce coraggio di essere. In questa direzione «il coraggio di essere unisce in un solo fascio il lavoro della memoria, quello del lutto e la stima di sé. Nello stesso tempo, getta un ponte tra il recupero del passato nel riconoscimento di sé e l'anticipazione del futuro nel progetto, nella figura specifica dell'atto di promettere»<sup>26</sup>.

Da qui, Ricoeur passa a considerare in termini positivi l'intero processo che ricomprende il passaggio dalla stima di sé al riconoscimento. La stima di sé non si riduce ad una semplice relazione di sé con sé, ma contiene sempre anche una richiesta rivolta verso gli altri. Si tratta della ricerca di approvazione che ciascuno di noi si aspetta dagli altri e che in condizioni normali siamo in grado di formulare come richiesta ai nostri interlocutori, ma che negli stati patologici abbiamo bisogno ci venga garantita, anche senza la nostra esplicita richiesta. La stima di sé, infatti, da cui dipendono anche la dignità personale e il mutuo riconoscimento, si definisce sempre nella sinergia tra la dimensione riflessiva e quella relazionale. In questa dinamica di costruzione positiva del sé, la percezione della malattia rischia di essere un fenomeno dirompente e devastante, funzionando come una sorta di auto-esclusione: «Ciò che, sul piano biologico, ci è apparso come una regressione in un ambiente "ristretto", quindi sul piano sociale come un'esclusione sancita da istituzioni di differente

25. P. Ricoeur, *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato* (1998), trad. di N. Salomon, Il Mulino, Bologna 2004, p. 74.

26. Id., *La differenza fra il normale e il patologico come fonte di rispetto*, cit., p. 236.

ordine, ricompare sul piano esistenziale quale diniego di dignità, diniego di riconoscimento»<sup>27</sup>.

Si tocca qui un punto di grande rilevanza per ciò che concerne la relazione medica: al medico, che funge da *altro* del malato, spetta il compito di risarcire le mancanze e le fragilità del paziente per mezzo di una sorta di *stima doppia*, che Ricoeur definisce nei termini di «stima di sostituzione e di supplemento. Il supplemento di stima è basato sul riconoscimento dei valori positivi annessi alla malattia, in ciò che concerne non solamente il rapporto del malato con se stesso, ma anche le sue relazioni con gli altri»<sup>28</sup>. È qui che riposa l'originalità della proposta di Ricoeur, che vede nella malattia non un'entità negativa, ma *un'altra maniera d'essere-nel-mondo*. Ed è proprio da qui che nasce il rispetto, perché il paziente costituisce una polarità assolutamente positiva che nemmeno la malattia è in grado di oscurare.

Parafrasando le parole di Ricoeur, potremmo dire che il dolore, la sofferenza, conseguenti ad uno stato patologico, non sono l'ultima parola dell'umano, che ha bisogno, anche nelle condizioni peggiori, di far emergere almeno il suo lato positivo. La prova che la malattia costituisce una sfida non viene meno, ma si riesce, guardando il patologico da questo versante, a riconoscere l'emergenza di un bene che, distratti dai miti dell'efficienza e della bellezza, non sempre siamo in grado di scorgere. In questa situazione possiamo guadagnare un credito di forza nei confronti della malattia che ci rende più capaci di gestire questo *essere altrimenti*, come un altro modo di essere, che è altrettanto degno di rispetto e di stima di sé e degli altri della presunta normalità.

### Compossibilità tra felicità e dolore

Il percorso fin qui condotto ci porta a riconoscere la dissimmetria e non antiteticità tra felicità e dolore: l'idea di fondo, confermata dal testo ricoeuriano, ci consente di ammettere che si può

27. Ivi, p. 237.

28. Ibid.

essere felici anche in presenza di una condizione fisica non ottimale e disagiata, che impedisce la realizzazione di certi comportamenti considerati *normali*, come si può assolutamente essere infelici anche in presenza di un perfetto stato di salute. Per dirlo ancora con Natoli: «Il dolore inchioda l'uomo ma lo spinge innanzi, poiché lo costringe a esplorare l'inesplorato»<sup>29</sup>. Si può parlare allora di una relazione di compostibilità nel senso che felicità e dolore, positivo e negativo, normale e patologico, possono anche darsi nello stesso momento ed in riferimento alla stessa persona, proprio perché stanno su piani diversi.

Parlare di compostibilità non significa, è evidente, pensare che il dolore possa essere una condizione facilitante o addirittura predisponente per il raggiungimento della felicità. La proposta è, forse, molto meno ambiziosa e pretenziosa: si tratta di provare a fare un passo indietro rispetto al desiderio di alleviare il dolore sempre e in ogni caso per cercare prima di tutto di mettere a nudo i sentimenti del malato nei confronti della propria malattia, ma anche i nostri pregiudizi nei riguardi delle persone portatrici di gravi patologie. Senza illuderci di possedere soluzioni miracolistiche, pensiamo con Ricoeur che un piccolo passo avanti può essere compiuto, almeno sul piano della relazione interpersonale, nella misura in cui la qualità del rapporto terapeutico può concretamente aiutare il malato ad interrompere il processo di autoesclusione, dal momento che lo aiuta a non essere "inchiodato" al suo male, ovvero a non essere identificato solo ed esclusivamente con la sua malattia, cosa che finirebbe per mortificarlo come persona e annullarne la capacità di reazione.

Riconoscere le potenzialità positive del malato o di colui che subisce un dolore non significa operare un ingenuo depistaggio rispetto all'oscenità del male, ma provare a rispondere alla sfida del male con un *surplus* di bene, un bene comprensivo e avvolgente, in cui trovano posto la cura, la disponibilità e l'accoglienza verso la vulnerabilità propria e altrui. La forza e la costanza di contrastare

29. S. Natoli, *Stare al mondo. Escursioni nel tempo presente*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 194.

il male con il bene devono nascere dalla convinzione che spesso si tende a demonizzare il dolore, il negativo, la malattia, come ha avvertito Ricoeur, solo come difesa, cioè per timore o per paura che l'altro, nella sua sofferenza, ci riconduca alla nostra vulnerabilità e, in ultima ipotesi, alla nostra mortalità.