

SECONDO GIACOBBI

LA SOCIETÀ FETALIZZATA

Psicoterapia dell'anziano



MIMESIS
Frontiere della psiche

© 2013 – MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)

Collana: *Frontiere della psiche* n. 19

Isbn: 9788857516653

www.mimesisedizioni.it

Via Risorgimento, 33 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Telefono +39 02 24861657 / 24416383

Fax: +39 02 89403935

E-mail: mimesis@mimesisedizioni.it

Immagine di copertina: Lucas Furtenagel, *Ritratto del pittore Hans Burgkmaier e di sua moglie Anna* (1527) Vienna, Kunsthistorisches Museum.

INDICE

INTRODUZIONE	11
PARTE PRIMA – TEORIA	
I. IL MORIRE “DI UNA VOLTA” E IL MORIRE “DI OGGI”	19
II. INVECCHIARE E MORIRE OGGI	31
III. LA SOCIETÀ FETALIZZATA. IL CASO ITALIANO	41
IV. VECCHIAIA POSTMODERNA, NUOVE FAMIGLIE, SOCIETÀ	51
V. FREUD E LA MORTE	59
VI. LA PSICOANALISI POSTFREUDIANA E L’ISTINTO DI MORTE	77
VII. PSICOANALISI E VECCHIAIA	99
PARTE SECONDA – CLINICA	
VIII. LA PSICOTERAPIA DELL’ANZIANO. ANALIZZABILITÀ E PROSPETTIVE CLINICHE	115
IX. LA PSICOTERAPIA DELL’ANZIANO. TEORIA DELLA CLINICA E DELLA TECNICA	131
X. LA PSICOTERAPIA DELL’ANZIANO. TECNICA DEL TRATTAMENTO	147
XI. LA PSICOTERAPIA DELL’ANZIANO. TIPOLOGIE DI INTERVENTO E CASI CLINICI	161

UN DISCORSO CONCLUSIVO

185

BIBLIOGRAFIA

193

Ricordando mia madre e mio padre

*Noi siamo più felici con la morte
di quel che saremmo senza di essa.*

Sir Thomas Browne

INTRODUZIONE

Perché questo libro? La motivazione principale che ci spinge a scrivere, checché ne possiamo dire, è sempre, innanzitutto, una motivazione narcisistica. Solo il piacere narcisistico di contemplarci nella nostra parola scritta può sostenerci nella fatica dello scrivere un libro. Ad essa però si aggiungono motivazioni di altra natura che qui indicherò in modo esplicito e chiaro. Scrivo da clinico e da psicoanalista; e, in tale veste, evidenzio un dato socio-culturale e clinico significativo e di grande rilievo: negli ultimi dieci, quindici anni della mia pratica professionale è diventato sempre più comune (o, sarebbe meglio dire, è diventato assai meno raro che in passato) incontrare nel mio studio persone anziane (di sessanta, sessantacinque anni, ma anche settantenni e persino ancor più vecchie) che chiedono un aiuto psicologico. È un aiuto che spesso si dipana dentro i confini delimitati di un intervento di consultazione o di psicoterapia breve; ma talora l'intervento si protrae nel tempo e si struttura nei termini di una psicoterapia duratura; in alcuni casi, infine, esso esita in una vera e propria terapia psicoanalitica, a più sedute settimanali e con durata pluriennale. Si tratta di un intervento che non si differenzia sostanzialmente da qualsiasi altro intervento analitico, seppur con tratti di specificità di cui tratterò più avanti. Avverto da tempo il desiderio di parlare di queste mie esperienze di lavoro e di trarre da esse ipotesi di teoria della clinica e di tecnica del trattamento. Qui rispunta immediatamente la motivazione narcisistica, sostenuta dalla convinzione (o dalla presunzione) di poter dire qualcosa di nuovo, intellettualmente stimolante, clinicamente utile. Se sia così lo si vedrà e il lettore, specie se a sua volta clinico, lo potrà giudicare.

Una simile riflessione, clinico-pratica e clinico-teorica, si pone però nel quadro di una situazione sociale, culturale e antropologica, che presenta caratteri assolutamente, e per certi versi drammaticamente, inediti. La vecchiaia e il morire stanno profondamente mutando il loro statuto antropologico; sono ormai fenomeni umani e forme del vivere profondamente diverse dal passato anche recente. È questo un dato riscontrabile in tutto l'Occidente, ma presenta altresì caratteri di assoluta specificità per quanto

concerne la realtà italiana. Su tale fenomeno intendo, prima di addentrarmi nei territori della clinica, riflettere a lungo, in modo approfondito e, lo dico subito, anche per un impegno che assumo di fronte a me stesso, intendo farlo col massimo sforzo di libertà intellettuale e, per quanto possibile a noi umani, creature intessute di illusioni e di falsificazioni ideologiche, in spirito di verità. Non ho paura né ritegno di fronte a parole come queste, che possono apparire altisonanti. Sono profondamente convinto che le trasformazioni e le vere e proprie mutazioni che stanno cambiando il nostro mondo impongono, anche a noi clinici ed in particolare a noi analisti, uno sforzo grande di ricerca e di verità, contro quelle stesse pastoie ideologiche che operano, anche inconsapevolmente, dentro ciascuno di noi. Le mie parole saranno dunque dirette ed esplicite, tali, immagino, da suscitare reazioni che un linguaggio più cauto ed ovattato potrebbe opportunamente evitare, ma la gravità del tema – un nuovo modo di invecchiare e di morire, sempre meno “umano” – impone uno sforzo di coraggiosa chiarezza.

Perché il titolo del libro parla di “società fetalizzata”? Lo spiegherò ampiamente e, spero, esaurientemente in un capitolo specifico. Mi limito qui ad una primo e sintetico chiarimento. È sotto gli occhi di tutti (al di là dei dati statistici) il rapido e crescente protrarsi anagrafico della vecchiaia e dell’età di morte: i novantenni ancora in vita sono sempre più numerosi e i centenari, un tempo così straordinari da finire sulle pagine dei giornali, sono sempre meno rari. Ma cosa significa concretamente ciò nella vita degli individui e delle famiglie? Intanto constatiamo la comparsa sempre più frequente sulla scena della vita quotidiana di soggetti umani straordinariamente longevi, il cui dato esperienziale più evidente è la perdita dell’autonomia (motoria, alimentare, decisionale). Sino a quindici anni fa i vecchi in carrozzina, spinti da un familiare o da una badante, erano una *gestalt* ancora sufficientemente inconsueta tanto da suscitare curiosità e magari un po’ di pena. Oggi sono diventati così comuni da non essere nemmeno più notati e da non ingenerare quasi più né emozione né curiosità. Sono esseri umani “fetalizzati” per così dire, cioè posti in una condizione di inerme dipendenza, che in passato era esclusiva dei bambini piccoli. Ma perché parlare addirittura di una società “fetalizzata” (e dico subito che mi riferisco in particolare al nostro Paese)? Come spiegherò più avanti, ricorrendo a strumenti di analisi sociale e antropologica desunti dal pensiero psicoanalitico, il modo come la vecchiaia viene vissuta, rappresentata quotidianamente e persino ideologicamente pensata e gestita, sembra includere in sé un “fantasma fetale”. Ma di ciò, ripeto, darò spiegazione più avanti.

Una motivazione supplementare, ma molto forte, che mi ha sostenuto è certamente rappresentata dalla mia condizione di ultrasessantenne, che,

anche attraverso questa ricerca, frutto di esperienze di vita, di studio e di pratica clinica, ha cercato e cerca tuttora di affrontare ed elaborare la condizione dell'anziano, i pensieri e le inquietudini di fronte all'avvicinarsi della vecchiaia e della morte, la ricerca, insopprimibile negli umani, di un senso e di un significato che non sia vana illusione e neppure facile consolazione.

Cercherò di esplicitare e chiarire nel corso della mia trattazione le premesse antropologico-culturali e clinico-teoriche implicite nella mia riflessione; comincio però sin d'ora ad indicarne sinteticamente alcune. Soprattutto per quanto attiene l'analisi della società e della cultura, è stato ed è per me fondamentale il legame con la tradizione psicoanalitica, laddove questa, in quanto espressione di un pensiero laico e critico, si è proposta e si propone come acuminato e lucido strumento di demistificazione. La moda culturale (che condiziona anche gli ambienti scientifici) è da tempo ostile al pensiero ed alla prassi psicoanalitici (che a loro volta, peraltro, hanno goduto in passato dei favori delle mode); e tuttavia la società post-moderna, ed in particolare la società post-moderna italiana, così condizionata da vecchi e da nuovi poteri, così schiacciata e impaurita dalle nuove forme di organizzazione del consenso e di sottile scoraggiamento del pensiero libero e critico, può di nuovo trovare nella tradizione psicoanalitica e nella sua prassi un antidoto utile ai processi di degrado culturale e civile. Molti psicoanalisti si sono mossi in questa direzione, uscendo dai propri studi e applicando i propri strumenti all'analisi e alla critica della società. Ne cito solo due, che sono stati tra i miei maestri più autorevoli: Johannes Cremerius, psicoanalista tedesco, antifascista coraggioso e critico animoso di tutti gli autoritarismi, inclusi quelli presenti nel mondo della psicoanalisi; Franco Fornari, dei cui strumenti metodologici e dei cui concetti teorici faccio particolare e fecondo uso nella mia disamina.

Ci sono poi, al fondo di questo mio libro, alcuni filoni, atteggiamenti culturali e mentali, che fanno parte profondamente e in modo schiettamente idiosincratico di me e del mio mondo interno. Nello scritto è presente un forte afflato "anti-moderno", nel senso che si chiarirà via via nel corso della lettura; e tuttavia un chiarimento mi si impone, già da queste primissime pagine: il mio "anti-modernismo" non ha niente a che vedere con quello che caratterizza tanta parte della cultura della cosiddetta post-modernità, specie in Italia. Ad esempio la mia critica dello scientismo e dello sviluppo tecnologico non è di marca irrazionalista e anti-illuminista; il valore che attribuisco alla tradizione, al mito, alla dimensione spirituale, non ha niente a che vedere con il teo-conservatorismo di natura squisitamente e cinicamente politica. Ancora: la mia critica dell'idea di "progresso" e soprattutto di un'idea di progresso riduzionisticamente e ingenuamente equiparato a

“progresso scientifico-tecnologico”, non ha niente a che vedere con l’anti-progressismo politicamente reazionario di vecchie e nuove Destre. Un’altra opzione antropologico-culturale per me fondamentale consiste nel privilegiare, sia concettualmente sia valorialmente, il punto di vista “qualitativo” rispetto a quello “quantitativo”. Quest’ultimo giudica il mondo con indiscutibili criteri di misurabilità e sancisce che quanto più si ha e tanto più si è. È un criterio oggi messo anche fortunatamente in discussione, e tuttavia esso sopravvive con più forza di quanto si possa pensare se ci si limita a giudicare il mondo dai libri e dalle idee che sui libri sono espresse. In realtà il “Regno della Quantità e del Numero” (come lo definì oltre mezzo secolo fa un autore scandaloso come Guénon) domina ancora le nostre vite quotidiane, al di là delle prese di posizione anticonsumistiche di intellettuali e psicologi. In particolare il dogma della quantità e del numero si è annidato nel modo con cui scienza e tecnologia affrontano il fenomeno (trasformato in “problema”) dell’invecchiare e del morire. Così la “quantità” di vita fa aggio sulla “qualità” della stessa. Ma ne ripareremo.

Ho anche l’idea, che nel corso dei miei anni si fa sempre più persuasione profonda, che la sorte della specie e il destino della terra che la nostra specie abita e depreda, impongano una messa in discussione radicale del nostro antropocentrismo. Ma anche di questo ripareremo.

Infine, quella che forse è l’ambizione principale, la scommessa vera del mio libro, consiste nell’esercizio di un pensiero critico che non dia per scontato nessun pre-giudizio, non dia niente per ovvio né per acquisito. In una mia recentissima serie di interventi in classi di Istituti Superiori della mia città, condotti in collaborazione con un Servizio Cure Palliative, mi sono riproposto, insieme ai colleghi medici, di fare entrare gli studenti di quelle classi in un contatto mentale di riflessione, di analisi critica e di apertura emozionale con l’idea e con il fenomeno della malattia e della morte. Ho così, ancora una volta, potuto toccare con mano la forza dei condizionamenti ideologico-culturali e dei vari conformismi, di “destra” e di “sinistra” dominanti nella nostra società. Fortunatamente la naturale plasticità della mente adolescente ha consentito di mettere in discussione condizionamenti e pre-giudizi e alla fine, pur tra difficoltà e con fatica, la riflessione ha potuto fluire in modo vivo, libero e interattivo. Ho anche cercato di addestrare i miei giovani interlocutori a sviluppare, di fronte al fenomeno della malattia, dell’invecchiare e del morire, l’atteggiamento curioso, stupito, meravigliato, incredulo, dell’“antropologo proveniente da Marte”, come si è soliti dire con una felice immagine. Ciò li ha anche divertiti, tanto che i miei incontri con loro hanno comportato, oltre a momenti di commozione o di intensa riflessione cognitiva, momenti di diver-

tita allegra, che hanno fatto loro sperimentare che il lavoro della mente non è solo fatica, ma anche liberazione degli affetti e creatività catartica e gioiosa. Ebbene, spero di poter trasmettere qualcosa anche di questo tipo al lettore. Del resto nei miei trattamenti analitici di pazienti anziani, per lo meno in quelli più riusciti, una maggiore serenità si è spesso coniugata ad una ritrovata e benevola ironia e ad un senso gioioso del vivere.

Due parole sulla struttura del volume. Il libro è articolato in due parti, la prima (dal I al VII capitolo) di carattere teorico e culturale, la seconda (capitoli dal VIII al XI) è dedicata alla clinica e ai suoi problemi anche tecnici. Più precisamente: nel cap. I a partire da alcune esemplificazioni, reali, del morire, conduco una riflessione comparativa tra il “modo” di morire nelle culture antiche e tradizionali (ma anche nella nostra cultura sino a 20 anni fa) e il “modo” di morire (e di invecchiare) sempre più comune nella nostra società. Di qui mi confronto con l’eterno problema del rapporto tra “natura” e “cultura”, e tra “natura”, “cultura”, scienza e tecnologia, rapporto ripensato nel quadro concreto e quotidiano del vivere e del morire, sulla base di numerosi e densi riferimenti ad autori che con tali problemi si sono misurati con profondità e radicalità di riflessione (da Ariès a Fukuyama, da Guénon a Galimberti, da Heidegger a Jonas, da Gehlen a Morin).

Nel cap. II c’è una descrizione fenomenologica dell’invecchiare e morire nella società contemporanea e post-moderna¹. Dati statistici e medico-scientifici consentono al discorso di ampliarsi, di assumere contenuti più rigorosi ed “oggettivi” e, soprattutto, individuare processi e linee di sviluppo prevedibili per il futuro prossimo. Nel cap. III viene affrontato il tema, centrale e nevralgico nell’economia intellettuale del libro, della “società fetalizzata”. Viene spiegato il concetto e c’è un primo ricorso, forte, a strumenti psicoanalitici di analisi dei fenomeni sociali e culturali. In particolare la cosiddetta “società fetalizzata” viene da me considerata una variante italiana della società occidentale post-moderna.

Nel cap. IV analizzo con strumenti psico-sociali e clinico-psicologici gli effetti, sociali e psicologici, appunto, dello straordinario protrarsi della durata della vita in Occidente ed in particolare in Italia. La ricaduta del fenomeno sulle vite individuali e sulle situazioni familiari è certamente meri-

1 L’espressione “post-modernità” è da qualche tempo messa in discussione e da alcuni considerata addirittura ormai obsoleta. Qui è usata in senso “debole”, cioè non tanto per suoi specifici contenuti ideologici e ideologico-culturali, quanto come indicativa di una fase storico-culturale della società occidentale che si caratterizza in termini di discontinuità e di rottura con la tradizione culturale del Novecento, con i suoi valori, i suoi miti, con i suoi atteggiamenti mentali di fondo.

tevole di una approfondita e realistica disamina cui la clinica psicoanalitica può fornire utili e insostituibili strumenti di esplorazione.

Nei capp. V e VI mi occupo di come la letteratura psicoanalitica affronta il tema della morte, da Freud ad alcuni autori contemporanei. In particolare viene preso in esame un testo affascinante e tuttora enigmatico come *Al di là del principio di piacere* di Freud, rivisitato attraverso gli studi di un biologo contemporaneo, J. C. Ameisen, che al testo di Freud ha dedicato particolare e suggestiva attenzione. Con il cap. VII il libro giunge a ridosso della parte più propriamente ed esplicitamente clinica. Descrive e analizza posizioni ed idee espresse, all'interno della cultura psicomotivazionale, sul tema e sulla condizione della vecchiaia: da Freud a Jung, Lou Salomé, Erikson, Kohut, Hillman, Guggenbühl-Craig. In questa disamina storico-critica mi è stato di grande aiuto un bel libro di Alberto Spagnoli a cui ho fatto massicciamente riferimento.

Nei successivi capitoli "clinici" si affronta dapprima (cap. VIII) il problema della psicoterapia dell'anziano (che è già stato trattato in passato con sistematicità e organicità in un fondamentale testo curato da Scocco, De Leo e Pavan), della sua effettuabilità e della sua specificità; in particolare rifletto sulla questione della "analizzabilità" dell'anziano, notoriamente esclusa da Freud, ritenuta da altri (*quorum ego*), specie ai nostri giorni, possibile e, addirittura, in alcuni casi, particolarmente promettente.

I capp. IX e X affrontano rispettivamente i problemi di teoria della clinica e di teoria della tecnica connessi con la clinica dell'anziano e i problemi, più specifici e concreti, di tecnica del trattamento. A questo riguardo parlerò della mia esperienza e proporrò all'attenzione del lettore la mia metodologia di lavoro, peraltro sempre *in fieri*. Nei capitoli c'è anche un ricco repertorio di riferimento ad autori, soprattutto di orientamento psicoanalitico, che si sono concretamente misurati con la psicoterapia dell'anziano.

Nel cap. XI racconto diversi casi clinici, che vanno dall'intervento di consultazione alla psicoterapia breve alla psicoterapia di lunga durata. Nell'ultimo capitolo, infine, chiudo il mio discorso con qualche sottolineatura conclusiva.

PARTE PRIMA

TEORIA

I. IL MORIRE “DI UNA VOLTA” E IL MORIRE “DI OGGI”

A partire da P. Ariès¹ e dagli storici della Scuola francese degli *Annales* la storiografia ha dedicato studi ormai notissimi alla vita quotidiana in varie epoche e culture, alla storia delle mentalità e dell’immaginario collettivo e alla micro-storia dei piccoli e umili eventi delle vite degli uomini comuni. Il classico *Storia della morte in Occidente* di Ariès ha ormai consegnato al gran pubblico, oltre che agli specialisti, una rappresentazione riconosciuta e consacrata di quello che era il morire nei secoli scorsi. L’autore si è affidato nella sua ricostruzione a cronache, testamenti e documenti notarili, letteratura minore, rappresentazioni pittoriche (per lo più di arte popolare) e iconografiche. Alcune cose, della sua ricostruzione, colpiscono particolarmente, specie da quando, negli ultimi vent’anni, il modo di morire ed anche la stessa scena sociale del morire sono profondamente cambiati. La morte, in caso di malattia grave (evidentemente dal punto di vista dei parametri di “gravità” della medicina del passato) o in caso di vecchieie ormai estenuate, era “annunciata” e per lo più sopravveniva dopo pochi giorni. Il malato provvedeva a ricorrere alle cure e ai sacramenti della Chiesa e, se non aveva provveduto prima, si preoccupava di dettare testamento. Tutto ciò presupponeva, almeno all’inizio, condizioni di lucidità e di capacità decisionali da parte del morente, condizioni che spesso si mantenevano, nonostante il progressivo degrado delle condizioni fisiche, sino a poche ore dal decesso, quando iniziava l’agonia, con i suoi rantoli e la perdita di coscienza. Il gruppo familiare allargato era già stato allertato e mobilitato: opere pittoriche comuni e stampe popolari mostrano i familiari del morente che ne circondano il capezzale, spesso assiependosi in stanze poco spaziose. A parte la convenzionalità delle pose e delle mimiche, tutte generalmente improntate a buoni sentimenti di pietà e di rassegnata contrizione, ciò che colpisce è il carattere in qualche modo “pubblico” dell’evento: in alcuni quadri dall’uscio socchiuso si intravedono i volti incuriositi dei

1 P. Ariès, *Storia della morte in occidente*, BUR, Milano 1978.

vicini di casa o, addirittura, dei passanti. I bambini, anche piccoli, presenziano alla scena mescolati agli adulti o addirittura giocano silenziosamente sul pavimento. Circondato da improbabili lenzuola immacolate, il morente alza gli occhi al cielo, invia ultimi messaggi, addirittura conforta i parenti. La trasfigurazione moralistica e predicatoria della rappresentazione sottolinea comunque, al di là della retorica, il ruolo del morente come soggetto in qualche modo attivo, lo si riconosce come interlocutore, lo si guarda, lo si ascolta. Da un punto di vista medico-psicologico questo tipo di morte, sostanzialmente rapida, fatale e inarrestabile, una sorta di datità “naturale” cui il medico stesso si rassegnava, può essere giudicata da due punti di vista antitetici: da un lato come evidenziazione e riprova dell’arretratezza medico-scientifica e culturale di quei tempi. Non si può non osservare, di fronte a quei quadri, che molti di quei “morenti” sarebbero sopravvissuti in epoche successive.

C’è però un altro punto di vista possibile: quelle morti ci possono anche apparire come un’esperienza ancora potentemente inscritta dentro la vita sociale e familiare dei morenti, e il lutto collettivo, in qualche modo pubblico, dei parenti ci può apparire a sua volta evento sociale e psichico connotato da partecipazione, dolente ma vitale, al ciclo dell’esistenza. Una morte dentro la vita, dunque.

È la morte dei vecchi, però, che in particolare ci spinge a riflettere. Qui gli straordinari progressi della scienza medica ci fanno invece pensare che il sopravvivere negli anni dei vecchi morenti di quei quadri o di quelle litografie, se trasportati con la fantasia in epoca contemporanea, potrebbe essere a sua volta letto da due punti di vista molto diversi: da un lato come segno e prova dello straordinario progresso della medicina contemporanea, da un altro punto di vista come regresso ad un morire meno dignitoso, meno carico di affetti, meno umanamente condiviso.

Quel primo modo di morire, in realtà, ci ha sostanzialmente accompagnato sino a pochi decenni fa. E chi ha la mia età ricorda certamente qualche decesso non poi così lontano da quelle scene “antiche”. Riporto qualche ricordo personale, peraltro non dissimile dai ricordi di tante persone della mia età. I miei nonni sono morti tutti negli Anni Quaranta e Cinquanta del Novecento e tutti tra i 78 e gli 80 anni, età allora ragguardevoli: due di loro sono morti per complicazioni cardio-respiratorie, uno di loro per infarto, un altro di tumore; tutti hanno avuto una vita attiva quasi fino all’ultimo. Mi ricordo bambino di quattro anni, in mezzo ad una decina di parenti, attorno al letto di mio nonno Luigi, che guardava per lo più verso il soffitto, si lamentava piano e ogni tanto diceva qualcosa. Ero intimidito e perplesso. Due anni dopo fu la volta di mia nonna Maria: la presenza di numerosi

cugini ci consentì vivaci e movimentati giochi in cortile. Richiamati a far meno rumore, ci affacciavamo di tanto in tanto nella stanza da letto dove la nonna stava agonizzando. Stavolta capivo meglio cosa stava accadendo. E poi ci furono, naturalmente, molti altri morti, ancora però nel tempo in cui i vecchi morivano a casa. Tra questi come non ricordare Flavio, che a poche ore dalla morte fu ancora in grado di intonare con voce spenta e roca un Salmo? I miei genitori ebbero sorti diverse. Ormai né più i bambini nascevano in casa né più i vecchi morivano nel loro letto. Mia madre sopravvisse sette anni ad un ictus e, alla fine, morì in Ospedale; mio padre, quasi novantenne, stanco e orgogliosamente geloso della sua autonomia, ci comunicò un bel giorno che aveva dismesso ogni farmaco. Morì a casa sua, nel sonno, dopo aver goduto di un breve e un po' inesplicabile periodo di miglioramento delle sue condizioni di vita prima del tracollo finale. Il giorno prima, certo della morte ormai vicinissima, si era tolto gli anelli per risparmiare, disse, ai familiari un'operazione di recupero difficile e penosa.

Sono morti sempre più rare ed anche sempre più difficili, poiché il sistema medico-sanitario e l'atteggiamento mentale interiorizzato dai più reclama l'ospedalizzazione, l'intervento attivo e attivamente terapeutico e, di fatto, spesso autorizza o subisce forme di accanimento terapeutico. Tutto ciò lo possiamo toccare con mano entrando in una Casa di Riposo e osservando in ciascuna di esse decine e decine di vecchi che, ormai stabilmente e irreparabilmente allettati, vengono curati nel modo più attivo e scrupolosamente terapeutico; in realtà si interviene sul singolo episodio patologico o sulla singola disfunzione (una febbre, un problema cardiaco) per risolverlo o contrastarlo indipendentemente da una valutazione globale “costi/benefici”² che includa anche l'aspetto qualitativo del vivere e il rispetto della persona, inteso nella sua accezione più ampia. Il segno sul loro volto, il marchio, verrebbe da dire, della consegna di quei vecchi all'impersonalità sollecita di un potere non solo medico, ma anche ideologico, è la cannula del sondino, per l'alimentazione forzata.

Poi c'è la storia di Gùstìn. Gùstìn era un vecchietto arzillo, che viveva in una grangia (una piccola casa colonica del Cuneese) appena sotto

2 Uno dei primi e prioritari criteri della metodologia clinica prescriveva un'attenta valutazione del rapporto costi/benefici per qualsiasi intervento (o non-intervento) medico-terapeutico. Tale valutazione teneva principalmente conto anche del contesto familiare e di vita del paziente e del modo di porsi di questo in relazione alla malattia. La valutazione includeva anche criteri di ordine “qualitativo” che il medico discuteva con i familiari e, se il paziente era in condizioni di poterlo fare, con il paziente stesso. Di qui nasceva la decisione clinica del medico, una decisione che molti oggi vorrebbero affidare a norme costrittive e spersonalizzate.

quella della famiglia di mia moglie, dove andavamo a passare, di tanto in tanto, qualche giorno di vacanza. Gùstìn, uomo delicato e sensibile, viveva però come un autentico selvatico, senza luce elettrica e senza acqua in casa. Aveva fatto giurare a tutti i vicini e conoscenti, me compreso, che avevo giurato a mia volta, che se l'avessimo trovato malato o in cattive condizioni, l'avremmo lasciato stare dov'era. Tutti, apparentemente persuasi e concordi, giurarono. Dopo qualche anno, un altro vicino di sotto, visto che Gùstìn non si faceva vedere da giorni, salì alla grangia e, trovandolo rantolante, chiamò la Croce Rossa, che provvide al trasporto in Ospedale. Gùstìn sopravvisse e fu ricoverato al cronicario annesso. Visse ancora un anno, depresso e spaesato, addolorato per i suoi cani senza padrone, soprattutto lamentandosi perché si ritrovava ad essere lavato da donne. Ho pensato spesso alla storia di Gùstìn e mi sono sempre chiesto come mi sarei comportato se fossi stato al posto del vicino. Non lo so, naturalmente, ma so cosa avrei dovuto fare e soprattutto cosa avrei dovuto non fare. Per come vedo le cose, Gùstìn aveva diritto a morire tra i suoi cani e, comunque pensassero i miei vicini, personalmente ho sempre considerato il mio giuramento impegnativo e inviolabile, anche se non so se avrei saputo rispettarlo.

La storia di Gùstìn pone a coscienze non addomesticate interrogativi difficili e di grande momento. Ad esempio: che rapporto esiste tra il diritto del soggetto alle proprie scelte, in materia di salute, di vita e di morte, da un lato, e la dimensione valoriale degli altri, del suo "prossimo", dall'altro lato? Fino a che punto le scelte del soggetto, relative ovviamente all'ambito della sua individuale, privata, separata vita quotidiana, impegnano gli altri e la società al rispetto attivo di quelle scelte? Il giuramento concesso a Gùstìn, atteso che non fu estorto bensì convinto e approvante, era da considerare eticamente impegnativo? Conseguo questi interrogativi all'etica ed alla morale. Ma la vicenda del mio vicino di montagna e la vicenda, più in generale, di tutti i vecchi irrimediabilmente malati e degradati, consegnati al sistema ospedaliero e socio-sanitario, e il problema del loro rapporto con noi e con le istituzioni sociali e con le leggi che le regolano e governano, ebbene, tali vicende ci pongono anche una serie di interrogativi assai gravi.

Un primo e ormai antico dilemma ci interroga sull'uomo come prodotto di natura e/o prodotto e produttore di cultura. Varie teorie e visioni del mondo hanno via via avvicinato la condizione dell'uomo e la sua "esistenza" (un termine sul quale dovrò tornare) più all'uno o più all'altro dei due poli. Per la verità il pensiero contemporaneo ha, pur nelle sue varie declinazioni, affermato la natura principalmente storico-culturale della

nostra specie. Arnold Gehlen è stato tra i primi ad asserire che l'uomo è “per natura un essere culturale”³, biologicamente e psicologicamente “non specializzato, privo di un forte, rigido, finalisticamente orientato impianto istintuale, per ciò stesso contemporaneamente fragile e capace di straordinari adattamenti alle condizioni ambientali e di vita più diverse”. A tale condizione costituzionale di carenza, a questa sua “prima natura”, come la chiama Gehlen⁴, l'uomo supplisce tramite la propria “seconda natura”, cioè con la cultura e con la tecnica. Per Edgar Morin l'uomo è sia natura sia cultura. Giuseppe Longo parla di “*homo technologicus*”, per sottolineare che l'uomo non è “uomo-natura-più-tecnologia”, bensì una unità evolutiva profondamente nuova nella storia delle specie viventi, un'entità organica, mentale, corporea, psichica, sociale e culturale assolutamente senza precedenti⁵.

La storia culturale e tecnologica della nostra specie colpisce sotto molti aspetti, ma in particolare sbalordisce per l'attitudine a generare prodotti culturali e tecnologici sempre diversi, sempre più complessi e capaci a loro volta di ampliare ed accelerare la crescita tecnologica, la quale pure si caratterizza per la propria inaudita attitudine ad accrescere il volume delle merci, degli strumenti, degli oggetti di consumo. Per quanto attiene la vita quotidiana degli umani lo sviluppo tecnico-scientifico sembra esaltare una sorta di “Principio della Quantità”, estendendo l'area delle possibilità, del corpo come della mente: così, ad esempio, nuovi strumenti di comunicazione producono più comunicazione, il progresso dei mezzi di locomozione nello spazio producono più (e più rapide) possibilità di spostamento, il progresso medico-scientifico produce più vita, cioè, quantitativamente, una vita media sempre più prolungata. Un “progresso”, quest'ultimo, che nessuno si permetterebbe di mettere in discussione, non tanto e non solo perché è ormai senso comune che una vita più lunga sia di per sé un maggior bene di una vita più breve, ma anche perché il Principio di Quantità è diventato per il senso comune l'unico, o comunque il prioritario, criterio di giudizio sul mondo. La subordinazione della scienza alla tecnologia e il loro concorde trionfo nell'epoca contemporanea ha certamente contribuito in modo definitivo ad affermare il primato della Quantità sulla Qualità, un primato già affermato e portato ad inediti estremi dalla civiltà industriale. Così, per tornare all'ambito medico-scientifico e medico-sociale, l'ideologia oggi dominante proclama che il prolungamento della vita umana è un

3 G. Gehlen, *Prospettive antropologiche*, Il Mulino, Bologna 1987, p. 187.

4 *Ibidem*.

5 G. Longo, *Homo Technologicus*, Meltemi Editore, Roma 2005.

valore “di per sé”, tant’è che chi rivendica un criterio anche di qualità per valutare le scelte di ordine medico-scientifico e terapeutico viene sempre più bollato come nemico della vita. Il fatto è che la “quantità” ad un certo punto genera una trasformazione della “qualità”, solo che tale salto qualitativo non è per lo più rilevato e giudicato, così il degrado qualitativo di tante vite prolungate oltre ogni limite di sopravvivenza possibile non appare ai molti offesa alla dignità della vita dell’uomo concreto, bensì difesa della vita e di essa, come valore astratto, esaltazione e trionfo. Su questo tema Umberto Galimberti ha ricordato che “la società tecnologica e il mutamento della quantità in qualità” ha determinato la “subordinazione della natura e dell’uomo alla tecnica”⁶. Scrive Galimberti:

Il principio del capovolgimento della quantità in qualità ci consente di dire che, finché la tecnica a disposizione dell’uomo era appena sufficiente per raggiungere quei fini in cui si esprimeva la soddisfazione dei bisogni, la tecnica era un semplice *mezzo* il cui significato era interamente assorbito dal *fine*, ma quando la tecnica aumenta *quantitativamente*, al punto da rendersi disponibile per la realizzazione di qualsiasi fine, allora muta *qualitativamente* lo scenario, perché non è più il fine a condizionare la ricerca e l’acquisizione dei mezzi tecnici, ma è la cresciuta disponibilità tecnica a porre qualsivoglia fine che per suo tramite può essere raggiunto. A questo punto interviene la *variazione qualitativa*, per effetto della quale non è più il fine a generare la ricerca dei mezzi, ma è il mezzo a dispiegare lo scenario di tutti i possibili fini, che non saranno più i fini che l’uomo si propone, ma i fini che il mezzo propone⁷.

E tali fini saranno dall’uomo, in quanto uomo dominato dalla tecnica, introiettati come fini PROPRI.

Non possiamo dimenticare che il tema della coppia oppositiva Qualità/Quantità è stato per la prima volta posto al centro di una analisi radicalmente critica della società occidentale da René Guénon che, in un profetico libro scritto verso la metà del XX secolo, individuò nell’asservimento al Principio di Quantità uno dei principali fattori di deriva dell’Occidente⁸.

Sul rapporto tra natura, cultura e biotecnologie Vittorio Possenti ricorda come Fukuyama accenni alla possibilità che tali tecnologie facciano perdere all’uomo aspetti della sua “natura”.

“Ma in che cosa consiste questa essenza umana che potremmo rischiare di perdere?” scrive Fukuyama “Si potrebbe trattare di qualcosa che appar-

6 U. Galimberti, *Psiche e techne. L’uomo nell’età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 337.

7 Ivi, p. 339.

8 R. Guénon, *Il Regno della Quantità e i Segni dei Tempi*, Adelphi, Milano 1982.

tiene alla natura, cioè le sue caratteristiche tipiche condivise da tutti gli esseri umani in quanto tali”⁹.

Applicando questo discorso ai concetti di malattia e di terapia, Possenti asserisce che “l’antiessenzialismo pseudoscientifico dominante porta anche alla attenuazione sino alla cancellazione delle differenze tra interventi terapeutici e interventi manipolativi”¹⁰. E spiega, rilanciando l’antico discorso di Ippocrate, “le idee di *malattia* e *terapia* necessariamente rinviano alla natura come normalità di funzionamento, alla malattia come scostamento da tale normalità, e alla terapia come ricostituzione della normalità. [...] Ora, se il concetto di natura smarrisce ogni rilevanza obiettiva almeno fenomenologicamente accertabile, e diventa soltanto il prodotto culturale storicamente variabile [...] i concetti di malattia e di terapia andrebbero abbandonati”¹¹.

Porre il problema del rapporto tra natura e cultura nell’uomo, ed in connessione con esso il problema del rapporto tra “quantità” e “qualità” nella vita umana è dunque nevralgico e decisivo in relazione alle scelte di intervento medico che la tecnologia consente nelle situazioni di senilità protratta e disanimata, nelle quali la vita può essere quantitativamente protratta per anni nella totale assenza di una sua valorizzazione qualitativa. A me sembra che per governare i processi terapeutici con responsabilità e rispetto per il vivente sia necessario coniugare il rilancio di una concezione in qualche modo “essenzialista” ed anche “naturalistica” dell’uomo insieme ad una affermazione forte dei diritti del soggetto alle proprie scelte esistenziali di vita e di morte.

Sul tema del rapporto natura/cultura nell’uomo è fondamentale il contributo di Hans Jonas. Per il filosofo tedesco la cultura, intesa come tecnica, ha da sempre accompagnato il cammino della nostra specie; mentre, però, nell’antichità essa rimaneva comunque subordinata, nella mente dell’*Homo technologicus*, alla natura, di cui si sforzava, in modo devoto e ancillare, di imitare le manifestazioni e le forze, nell’epoca moderna la tecnica si ricostituisce nella forma di un rapporto di sottomissione e di sfruttamento imposto alla natura in una logica di dominio.

Jonas, autore particolarmente attento alle connessioni tra tecnica, medicina ed etica, riflette con particolare intensità sul progresso medico-scientifico. Pur non sottovalutando i benefici che la condizione umana ha tratto

9 F. Fukuyama, *L’uomo oltre l’uomo. Le conseguenze della rivoluzione tecnologica*, Mondadori, Milano 2002, p. 140.

10 V. Possenti, *Cambiare la natura umana? Biotecnologie e questione antropologica*, in “Thomas International Project”, I, 2, 2007, p. 13.

11 *Ibidem*.

da tale progresso, egli sottolinea anche i rischi e gli usi distorti. Così, ricorrendo alla penna acuminata e visionaria di Swift ci mostra a quali orrori un prolungamento della vita attraverso la procrastinazione *sine die* della morte può condurre. Nei suoi viaggi Gulliver arriva in un paese dove alcuni degli abitanti, gli “Struldruggs”, rappresentano una categoria di soggetti umani destinati all’immortalità, ma sottoposti alle pene di un progressivo invecchiamento. Ma ecco come l’impareggiabile penna di Swift ne scrive:

Essi non solo vanno soggetti a tutte le infermità, a tutte le miserie ed a tutte le debolezze, retaggio della vecchiaia; ma che l’idea affliggente dell’eterna durata della loro miserabile caducità li tormenta al segno che nulla più li sa consolare; non sono soltanto, come gli altri vecchi, caparbi, intrattabili, avari, fastidiosi, ciarlieri, ma sibbene egoisti, non curanti delle dolcezze dell’amici- zia, non più amorosi ai loro figli, ed alla terza generazione non riconoscono più la loro posterità; l’invidia e la gelosia li divorano mai sempre; la vista dei piace- ri sensibili che godono i giovani mortali, i loro divertimenti, i loro amori, i loro esercizi, li fanno in certa guisa morire ad ogni momento; tutto infine, anche la morte stessa dei vecchi che pagano il tributo alla natura eccita la loro invidia e li getta nella disperazione; per questo motivo tutte le volte che veggon funerali, maledicono la propria sorte, lagnandosi amaramente della natura che loro non consente di morire, di terminare una insopportabile carriera e di ottenere un riposo eterno; essi non sono più in istato di coltivare il loro spirito ed ornar la memoria, risovvenendosi appena di ciò che videro e appresero nella giovinezza e nella virilità [...] cadono loro denti e capelli; non gustano più gli alimenti, mangiano e bevono senza piacere; perdono la memoria delle cose le più facili a ritenersi, obliando il nome dei loro amici e perfino il proprio. Per questo moti- vo è per essi impossibile il divertirsi leggendo, poiché quando vogliono leggere una frase di quattro parole, dimenticano le due prime mentre stan leggendo le due ultime. Per la ragione medesima è loro inutile il conversare con alcuno¹².

Questo è il quadro che un abitante del paese fa a Gulliver della condi- zione degli Struldruggs, “quadro che estremamente mi sorprese. Me ne furono poi mostrati cinque o sei, e confesso di non aver mai veduto cosa sì brutta e disgustosa: le donne principalmente erano orribili: mi parevan tanti spettri”¹³. E questo il commento di Gulliver, a beneficio del lettore:

Il lettore mi crederà facilmente che m’era scappata la voglia d’essere im- mortale. Ebbi poi sempre vergogna di tutte le corbellerie che mi era immagi- nate sul sistema di una vita eterna in questo mondo caduco. Avendo saputo il

12 J. Swift, *I viaggi di Gulliver*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 1952, pp. 223-226.

13 *Ibidem*.

re il dialogo ch'io ebbi a questo proposito, rise molto delle mie teorie sull'immortalità e dell'invidia per gli Struldbruggs. Mi domandò seriamente se volevo condurmene al mio paese due o tre per guarire i miei compatrioti del soverchio amor della vita e del timore della morte¹⁴.

Ho ritenuto che il testo di Swift meritasse la lunga citazione per lo straordinario e ruvido realismo con cui tratta di temi che registrano oggi, nei mass media, modalità di trattazione ispirate a superficiale retorica e opportunistico conformismo rispetto al moralismo dominante.

Riflettendo sul testo dell'autore inglese, Jonas osserva suggestivamente che

la semplice verità della nostra finitezza è che per noi continuare indefinitivamente ad esistere (con qualunque mezzo) sarebbe possibile solo al prezzo o di perdere il passato e con ciò la nostra vera identità o di vivere solo nel passato e con ciò senza un reale presente. Non possiamo volere seriamente né una cosa né l'altra e dunque nemmeno un continuare a vivere fisicamente a questo prezzo. Questo ci farebbe naufragare in un mondo che non comprenderemmo più nemmeno da spettatori¹⁵.

Ma Jonas spinge anche più in là la sua meditazione e si chiede se “sia giusto combattere non solo la morte prematura, ma anche la morte in genere, vale a dire se prolungare a piacere la vita sia un obiettivo legittimo della medicina” e si propone di “discutere ciò su due piani: quello del bene comune dell'umanità e quello del bene proprio individuale”¹⁶. Atteso che una morte non protratta oltre confini che ledono irrimediabilmente la dignità della persona è un bene individuale e privato, Jonas constata che “la natalità ottiene il suo spazio attraverso la mortalità. Il morire dei vecchi fa posto ai giovani”, che è invece un bene pubblico, e conclude la sua argomentazione constatando che “a questo punto bene privato e bene pubblico vengono a coincidere. E con ciò concludo la mia arringa in favore della mortalità come benedizione”¹⁷. Sono parole che ricordano quanto ha scritto il filosofo Michele Federico Sciacca: “Chi aspira a non morire non aspira propriamente all'immortalità, ma alla perpetuità [...] Se l'uomo vivesse sempre, non realizzerebbe il compimento cui aspira e sarebbe quindi condannato a vedere perennemente irrealizzati i fini sovratemporalmente del suo

14 *Ibidem.*

15 H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997, p. 220.

16 *Ibidem.*

17 *Ibidem.*

spirito. La morte è quindi vista, da questa posizione spiritualista, come evento provvidenziale¹⁸.

Il riconoscimento di questa semplice verità etica è però difficile, osserva Jonas, laddove vita e morte siano giudicate a partire da una concezione idolatricamente antropocentrica, che concepisce la morte come un destino solo animale, ma come una condanna che non può riguardare l'uomo. L'autore tedesco parla a questo riguardo della "fissità dello sguardo inguaribilmente antropocentrico"¹⁹ di noi umani, una fissità che ci acceca e che ci impedisce di vedere il "fatto palese che noi condividiamo il destino della mortalità con tutte le creature che vivono con noi, che ogni vita è mortale, che di fatto morte e vita coprono lo stesso ambito"²⁰.

Leonardo Ancona, noto e autorevole psichiatra e psicoanalista, ha qualche anno fa ricordato i

ripetuti richiami al fatto che non solo la vita sta progressivamente aumentando in durata, ma che è oggi naturalmente possibile raggiungere i 100 anni e fra poco i 120; quasi sempre senza alcuna preoccupazione che questo fatto porterebbe inevitabilmente a drammatici problemi di sovrappopolazione, di ineliminabile noia, di lotta per la sopravvivenza e per il diritto lavorativo, in alternativa a insopportabili carichi pensionistici e di invecchiamento generale della popolazione²¹.

Sembra quasi che l'antico fantasma della morte possa ormai essere soppiantato dal "fantasma di una vita senza fine", come dice Andrea Baldassarro²², che ricorda Heidegger, il quale ammonisce che è nella morte e nell'idea della morte, nel suo "essere-per-la-morte" che si realizza pienamente la *humanitas* dell'essere umano. Parlare di *humanitas*, parlare dell'uomo nei termini, anche, della sua appartenenza alla natura e, di conseguenza, della necessità di un suo armonizzarsi con essa e riconoscerne "leggi" e limiti, cui l'uomo stesso debba attenersi, significa però mettere profondamente in discussione quell'antropocentrismo che è ormai diventato senso comune, ideologia condivisa, mito collettivo. Per esso e in nome di esso l'uomo comune non ha dubbi sul suo "diritto" di usare indiscriminatamente la natura e di progettare e attuare tutto ciò che scienza e tecnologia permettono.

18 M. F. Sciacca, *Morte e immortalità*, Marzorati Ed., Roma 1968, p. 157.

19 H. Jonas, *op. cit.*, p. 220.

20 Ivi, p.206.

21 L. Ancona, *Qualità di vita e qualità di morte*, in L. Pinkus, A. Filiberti (a cura di), "La qualità della morte", FrancoAngeli, Milano 2002, p. 202.

22 A. Baldassarro, *Corpi protesici, menti autogeneranti*, in "Psiche", 2, 2007, p. 96.

Se queste consentono trasformazioni e usi del dato corporeo e naturale, il fatto stesso che qualcosa da esse sia reso possibile, per ciò stesso lo rende moralmente lecito (si pensi a forme estreme di intervento sulla corporeità come il cambiamento, mediante interventi chirurgici radicali, dell'appartenenza sessuale di genere, oppure ad una particolare forma di fecondazione assistita quale è l'inseminazione eteronoma o in utero prestato da donatrice esterna alla coppia), o addirittura moralmente obbligatorio (come nel caso di forme estreme di alimentazione forzata e di procrastinazione del decesso anche in condizioni di vita vegetativa ormai stabilizzata da anni). È così che il fantasma di una vita senza fine sta ormai attecchendo nelle menti della gente comune, e mentre un tempo si temeva una morte improvvisa e precoce, oggi essa viene sempre più comunemente auspicata, per sfuggire pietosamente, grazie ad essa, all'angoscia, condivisa dai familiari, di una agonia interminabile.

D'altra parte riconoscere la morte come parte della vita, e non come forza ad essa antagonistica, implica per l'uomo riconoscersi appartenente al modo e alla natura, riconoscerne, come ricorda Heidegger, leggi e limiti, in una prospettiva di radicale messa in discussione delle forme più arroganti di antropocentrismo.

L'antropocentrismo ha, come è noto, origini religiose. Già nella Genesi si afferma che l'uomo è creato da Dio come signore della Terra e di tutte le sue creature. A partire però dalla seconda metà del XVI secolo si fa strada un atteggiamento mentale e filosofico che si contrappone all'antropocentrismo di origine biblica: Montaigne, Bruno, Spinoza sono le grandi voci che riaffermano l'appartenenza dell'uomo alla natura e la necessità di una sua armonizzazione con le sue leggi e tutte le sue creature. Ma sarà più di tutti Darwin a riconsegnare l'uomo alla sua animalità e a fare della sua specie una manifestazione della spinta creatrice ed evolutiva che anima la natura nelle sue manifestazioni generatrici di vita. Ne deriva una ri-simbolizzazione e rappresentazione dell'essere umano che Freud definì, come è noto, una delle tre grandi "offese narcisistiche" cui l'orgoglio umano deve soggiacere. Prima del darwinismo evolucionistico ci fu la rivoluzione copernicana, che decentrò la terra e il suo abitatore umano dall'ombelico dell'universo tolemaico per precipitarlo in un mondo sconfinato. Infine ci fu la terza offesa narcisistica, quella psicoanalitica, per la quale l'uomo si rivelò a se stesso preda delle proprie pulsioni animali e inconsapevole di sé. Ed è anche a partire da queste grandi e traumatiche rivoluzioni culturali che un autore come Jonas pone l'esigenza di superare il dualismo uomo/natura.

Riflettendo sul tema del rapporto tra "natura umana" e biotecnologie Alessandro Dini cita un brano di Leibniz che ancor oggi ci offre un utile

stimolo riflessivo per orientarci nel problema, etico e clinico, dell'uso della strumentazione tecnologica nel campo del corpo e della vita degli umani. Scrive Leibniz: "Sono la persona meglio disposta al mondo a rendere giustizia ai moderni; trovo tuttavia che abbiano spinto la riforma (N.d.A. Qui Leibniz si riferisce alla rivoluzione tecnico-scientifica del suo secolo) troppo lontano, confondendo, tra l'altro, le cose naturali con le cose artificiali [...] Pensano che la differenza che si dà tra le macchine della natura e le nostre non sia che dal grande al piccolo, poiché tale differenza non consiste soltanto nel grado ma anche nel genere"²³. Cioè a dire, uno strumento tecnologico non si limita ad "imitare", in piccolo o in grande, la natura, ma introduce specie se applicato al funzionamento del corpo, una differenzialità di genere, come dice Leibniz, cioè, con altro termine, una differenza qualitativa, oltre che quantitativa. Ad esempio: il telefono cellulare non consente solo un'espansione quantitativa della possibilità di comunicazione, ma ne modifica la qualità²⁴. La nota di Leibniz, per quanto datata, e datata in modo apparentemente "ingenuo", ci sollecita inoltre a ricordare come, a quattro secoli dal filosofo tedesco, lo strumento tecnologico non si limita più ad "imitare" la natura né a sopperire ad una funzione naturale impedita, ad esempio, da cause patologiche, e quindi che il suo uso introduce a maggiori trasformazioni di ordine qualitativo. Lo strumento dunque non è né "neutro" né "neutrale", come ci ha insegnato Heidegger. Esso non è oggetto inerte, che può diventare "buono" o "cattivo" in ragione dell'uso che se ne fa; è infatti il precipitato di processi di produzione materiale e sociale, e di processi di riproduzione ideologica. Esso riorganizza, di conseguenza, la funzione, il corpo e la mente (come possiamo appunto constatare con i nuovi strumenti di comunicazione, che non solo dilatano enormemente la funzione comunicativa, ma la trasformano qualitativamente e, spesso, la patologizzano, come ci attesta sempre più la clinica psicologica).

23 A. Dini, *Natura umana e biotecnologia. Recenti interventi e quadro storico*, in "Annali del Dipartimento di Filosofia", XII, 2006, p. 52.

24 Numerosi studi, neuropsicologici, psicoanalitici e filosofico-antropologici, hanno rilevato come la qualità della comunicazione risulti profondamente modificata dall'uso sempre più frequente e pervasivo del cellulare: essa diventa più epidermica, più incontinente, più controllante, meno autoriflessiva e meno vincolata al principio di realtà, in quanto costituisce l'Altro come una presenza virtualmente sempre e comunque passibile di evocazione sulla scena del contatto relazionale.

II. INVECCHIARE E MORIRE OGGI

L'inaudito protrarsi della morte e, di conseguenza, di una vecchiaia sempre più debilitata e bisognosa di assistenza costante, ha profondamente modificato lo statuto sociale e antropologico del vecchio. Spossessati, per lo più, della propria capacità di autosufficienza, spesso mentalmente degradati, molti vecchi, vecchi sempre più numerosi, si ritrovano spogliati della dignità e del rispetto sociale che un tempo era loro conferito. L'attenzione che la società post-moderna riserva loro e reclama per loro è infatti un'attenzione meramente accudente, iperprotettiva, infantilizzante. Niente a che vedere con il rispetto, persino un po' intimorito, di un tempo, quando il vecchio era visto come uomo saggio ed esperto di vita, e grazie a questa sua "competenza" esistenziale vedeva compensato l'impoverimento di *status* connesso con il venir meno della capacità lavorativa. Oggi, invece, l'uomo vecchio non viene più vissuto e rappresentato come incarnazione, per dirla in termini junghiani, dell'archetipo del *Senex*, saggio e autorevole. Lo impedisce, certo, l'adolescenzialità ed il giovanilismo pervasivi e tirannici della società del narcisismo, che impone bellezza e giovinezza perenni; ma lo impedisce altresì la ben diversa condizione esistenziale dei vecchi di oggi, irrimediabilmente decaduti nella loro protratta longevità e sempre più spesso degradati da forme varie e sempre più diffuse di demenzialità (la gerontologia rileva ad esempio una crescita esponenziale dell'Alzheimer).

Secondo Hillman¹ la vecchiaia ha il valore di essere un "compimento", nel senso che svela pienamente il nostro carattere, ma il suo attuale protrarsi trasforma questo disvelamento in un processo di esasperazione e/o "caricaturalizzazione", potremmo dire, dei tratti patologici del carattere, una sorta di deformazione, che procede parallela a quella del corpo. Così il vecchio appare sempre più sgradevole e "brutto" oltre che gravosamente bisognoso di accudimento.

Il vecchio non è più dunque "l'animale con tre gambe" dell'enigma edipico; egli assomiglia ormai sempre più allo Struldbrugg del terribile e terribilmente profetico racconto swiftiano.

1 J. Hillman, *Senex et Puer*, Marsilio, Padova 1973.

La nuova e longeva vecchiaia, considerata nella sua forma terminale, ma la cui “terminalità” può protrarsi per molti anni, pone anche difficili problemi di ordine clinico, ed anche di ordine etico e deontologico. Ad esempio, è comune osservare come, a certe condizioni di declino fisico irreversibile, l’anziano tenda a reagire attraverso una caratteristica forma di ritiro: non parla, risponde a fatica, non reagisce agli stimoli, rifiuta il cibo, e tutto questo in un suo soporoso e forse sereno trasognamento. Questo comportamento viene per lo più interpretato dai medici come un atteggiamento scoraggiato, di abbattimento o addirittura espressione di un tracollo depressivo. Di qui la scelta dell’intervento medico di operare varie forme di sollecitazione, cui talora l’anziano risponde in maniera apparentemente positiva. In realtà un’osservazione non compromessa da pre-giudizi patologizzanti o, peggio, ideologico-culturali, rivelerebbe al clinico il dato secondo cui ci troviamo di fronte, in realtà, a comportamenti fisiologici e adattativi, funzionali ad un compito evolutivo specie-specifico, l’ultimo del nostro ciclo di vita, quello per cui dobbiamo prepararci al nostro tramonto e alla nostra morte. Visto, pensato e rispettato in quest’ottica, un simile comportamento non dovrebbe essere disturbato e attaccato. Chi ha familiarità con situazioni istituzionali che ospitano anziani ormai spenti e cronicamente allettati ha certamente l’opportunità di constatare come gli sforzi degli operatori di sottrarre al ritiro l’anziano sortiscono spesso l’effetto di far precipitare il degente in una situazione di consapevolezza del proprio irreparabile vuoto esistenziale, che non può di certo essere riempito da forme illusorie di socializzazione e stimolazione intellettuale (quanta pena ispirano le iniziative ludiche con cui in certe Case di Riposo si cerca di divertire e distrarre gli anziani che lì vivono la loro vecchiaia!). Del resto è proprio questa forma di radicale ed estremo ritiro che troviamo negli animali prossimi alla morte o irreparabilmente malati. Si tratta, io credo, di una modalità adattiva, probabilmente predisposta geneticamente, funzionale ad affrontare adeguatamente l’esperienza di morte.

Si può però parlare di accanimento terapeutico anche rispetto alla vecchiaia, non solo rispetto al morire. Un dato indicativo: da una ricerca del 1990 risulta che il 55% dei malati di fatto terminali (inclusi quelli affetti da avanzata demenza senile) avevano cessato di vivere con i tubi per l’alimentazione forzata².

2 C. Ricks, *Beckett's Dying Words. The Clarendon Lectures 1990*, Oxford University Press, Oxford 1995, in I. Heath, *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

Un altro relevantissimo dato: “Le sindromi neurodegenerative negli USA aggrediscono il 46% delle persone al di sopra degli 85 anni. E la curva è in costante salita”³. E commentando dati analoghi G. Brown scrive: “Se la tendenza si confermerà, chi nasce oggi (2008) ha una probabilità su tre di morire affetto da demenza! [...] Immaginate le conseguenze se questo incubo divenisse realtà? [...] Immaginate le ricadute economiche del fornire un’assistenza personalizzata, 24 ore su 24, a milioni di persone dementi o disabili per decenni? Immaginate gli esiti sociali?”⁴.

Ma immaginiamo anche gli effetti psicologici, oltre che i costi economici, sulle famiglie e sui familiari di questi grandi longevi da accudire 24 ore su 24. Solo le famiglie più abbienti potrebbero sostenere i costi di un simile accudimento. Per i meno ricchi l’accudimento imporrebbe, come già sta sempre più accadendo, una radicale riorganizzazione degli spazi e della vita delle famiglie, con gravi effetti anche di ordine psicologico. Le risorse economiche e le energie di vita verrebbero così sottratte agli investimenti diretti verso il futuro dei figli e della vita familiare. Dunque il protrarsi della sopravvivenza al morire, anche in condizioni di estremo degrado, rappresenterebbe un ulteriore fattore di sperequazione tra il destino dei ricchi e il destino dei poveri.

Quanto al prelievo di risorse a favore dell’accudimento delle longevità invalidate e a discapito di altre fasce d’età ugualmente bisognose di sostegno, ricordo una scioccante dichiarazione del ministro USA della Sanità: “Noi spendiamo 14 dollari dei fondi per l’assistenza sociale a favore di ogni anziano e solo 1 dollaro per ogni bambino”⁵. Assistiamo così ad una singolare inversione dei criteri morali che hanno sinora diretto e governato le scelte dell’etica e della politica di fronte alla vita e alla morte: è come se un nuovo codice prescrivesse, per fare un esempio credo appropriato e rivelatore seppur paradossale, che, in caso di naufragio, anziché prima le donne e i bambini, si facessero scendere nelle scialuppe i vecchi, e a partire dai più longevi!

Spagnoli cita Goodwin (1991), un geriatra dell’Università del Wisconsin e la sua critica della “ideologia geriatrica” predominante: “Forse l’affermazione più estremistica dell’ideologia geriatrica è che se tutti noi facciamo le cose giuste non moriremo. [...] Dov’è, nell’ideologia geriatrica, il concetto di morte come fenomeno naturale?”⁶. Dunque diventeremo sempre più

3 D. Monti (a cura di), *Che cosa vuol dire morire*, Einaudi, Torino 2010, p. VII.

4 G. Brown, *Una vita senza fine? Invecchiamento, morte, immortalità*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 4-5.

5 F. Schirrmacher, *Il complotto di Matusalemme*, Mondadori, Milano 2006.

6 A. Spagnoli, *E divento sempre più vecchio. Jung, Freud, la psicologia del profondo e l’invecchiamento*, Bollati Boringhieri, Torino 1995, p. 44.

vecchi: se nel 1998 in tutto il mondo si stimavano circa 135.000 centenari, nel 2050 – secondo il dato rilevato dalle Nazioni Unite e pubblicato il 5 novembre 2012 dal Corriere delle Sera – il loro numero salirà a 2.200.000.

La gravità del problema risulta ancor più sottolineata dalla constatazione, suffragata ancora una volta da incontestabili dati statistici, che ad un aumento della durata della vita corrisponde una sua minor “qualità” (misurata con criteri oggettivabili di ordine medico-sanitario): così uno studio recentissimo (del 2010) della University of Southern California di Los Angeles mostra come, rispetto alla crescita della durata media della vita sia diminuita la qualità di vita degli anni “in più” da vivere. Il numero medio di anni di buona salute di cui ciascuno mediamente dispone sta infatti diminuendo a partire dal 1998. Oggi un ventenne dovrà mediamente trascorrere un anno in più, nel corso della sua vita futura, da malato cronico rispetto ad un ventenne di dieci anni fa. E sono anche diminuiti, e ad un ritmo ancor maggiore, gli anni di autonomia fisica. Un ventenne di oggi è destinato a vivere in media 5,8 anni con gravi difficoltà motorie, contro i 3,8 di un ventenne di dieci anni fa. E per le donne si stimano 9,8 anni contro i 7,3 del decennio precedente. Ne consegue che la capacità medico-scientifica di procrastinare la morte procede più rapidamente della sua capacità di prostrarre, in età avanzata, condizioni di vita autonoma⁷. È un dato profondamente inquietante da più parti rilevato e segnalato – ad esempio dal *free-press* “City” del 16 dicembre 2010 – ma con ancora inadeguata risonanza da parte della grande stampa. Così si legge in un recente editoriale di una rivista specialistica: “Nel prossimo futuro tre fatti determineranno l’andamento della popolazione italiana: l’invecchiamento dei nati durante la *baby boom*, la drastica riduzione della mortalità in età presenile (e senile) e l’allungamento della speranza di vita. Si assisterà ad un consistente aumento della popolazione degli ultraottantenni – ma anche degli ultranovantenni, aggiungiamo – se si fa l’ipotesi che il progresso continui con l’attuale ritmo di miglioramento, l’aspettativa di vita dei nati a partire dal 2000 sarà di oltre cento anni. [...] Ad una speranza di vita sempre più lunga si dovrebbe associare un pari allungamento della vita in buona salute, altrimenti il costo della sanità crescerà oltre i limiti della sostenibilità”⁸.

7 Il dott. Marco Delugan, esperto in scienze statistiche, mi segnala dati del Censis, che prevedono una progressione della disabilità in Italia dal 6,7% del 2010 all’8% nel 2020. All’interno di tale dato è altamente presumibile un più elevato aumento in percentuale della disabilità senile.

8 G. Carnazzo, A. Santangelo, D. Maugeri, G. Ferla, *Elderly boom. Futura emergenza sanitaria*, in “Giornale di Gerontologia”, 59, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze 2011, pp. 63-70.

E sullo stesso numero della rivista interessanti grafici relativi alla distribuzione per età delle vite salvate dal progresso medico dal 1974 al 2006 inducono, convenientemente interpretati, ad osservazioni di nuovo preoccupanti. Ciò che sembra di poter evincere da tali dati è che l'apice dell'età media delle "vite salvate" si sposta sempre più in là (nel 2006 l'età di maggiori salvataggi è attorno agli 80 anni), mentre la speranza di vita procede con una accelerazione ancor più sostenuta. Sembra quindi confermato anche da queste rilevazioni quanto segnalato da altre fonti, qui sopra citate, e cioè un aumento progressivo del periodo, ormai pluriennale, di sopravvivenza in età molto avanzata e in condizioni di degrado e perdita dell'autonomia. È possibile quindi, e non fantascientifico, immaginare che nei prossimi decenni tenderà a strutturarsi un nuovo ciclo di vita, in cui gli ultimi anni, che arriveranno sempre più comunemente oltre il secolo di vita, vedranno il soggetto umano, tranne rare eccezioni, allettato, privo di autonomia, mentalmente decaduto, necessitante di un accudimento totale. La fetalizzazione degli individui conoscerebbe così una sua piena realizzazione anche concreta: dalla iniziale condizione fetale dei nati e del neonato alla condizione rifetalizzata di vegliardi destinati alla morte, in cui però il processo di morte potrà essere procrastinato anche per lunghi anni.

Ancora Brown dichiara: "Morte e invecchiamento saranno i problemi determinanti del XXI secolo"; e ancora: "Oggi la vita media del mondo sviluppato [...] aumenta di due anni ogni decennio"⁹, con una ricaduta estremamente allarmante anche sul già preoccupantissimo problema demografico. A questo proposito la proposta di alcuni di incoraggiare e incrementare le nascite per compensare la crescita dell'invecchiamento anagrafico ci appare palesemente folle e irresponsabile, visti i gravissimi problemi ecologici prodotti dalla crescita demografica. È dunque il futuro della specie e del pianeta e, detto più concretamente, il futuro dei nostri figli e dei loro figli ad essere in gioco. L'inarrestabile slancio della scienza medica sembra però, come già ho rilevato, generare un nuovo senso comune e condannare la critica di tali fenomeni ad espressione di un pensiero anti-scientifico e, persino, irrispettoso del valore della vita. La stessa dottrina della Chiesa avalla, su questo punto, l'ideologia scienziata e prescrive l'obbligatorietà dell'uso di tutti gli strumenti che consentano la possibilità di procrastinare la morte, indipendentemente dalle condizioni e dalla volontà del vecchio ormai avviato al morire.

Del resto il filosofo cattolico Giovanni Reale riconosce al riguardo che "le stesse gerarchie della Chiesa non si accorgono di essere vittime esse

9 G. Brown, *op. cit.*, p. 3.

stesse dello strapotere scientifico e, invocando la vita, in realtà santificano solo la tecnica”¹⁰.

Si impone qui una riflessione: mi sembra evidente che le posizioni della Chiesa in materia di bioetica del malato terminale non riguardino tanto i doveri verso la vita, in quanto vita concreta della persona concreta, quanto piuttosto i doveri verso la vita in quanto tale, cioè della vita intesa non come diritto del vivente, ma come qualità astratta della quale la persona è portatrice, e che deve quindi essere preservata, indipendentemente dalle condizioni oggettive del vivere della persona reale. E non si può non ricordare come storicamente ogniqualvolta i confini dell’etica sono stati ridisegnati in funzione di valori universali astratti, ebbene ogni volta la pratica politica produsse leggi liberticide e oppressive. Si pensi alla Volontà generale di robespierriana memoria, alla Classe operaia di Lenin, alla Nazione e alla Razza di Hitler, e così via. L’assolutizzazione dei valori e il loro disincarnarsi dagli individui reali produce totalitarismo ideologico.

Ci troviamo dunque di fronte ad una pratica di requisizione della morte da parte del potere medico-scientifico, che prima la sottrae all’ambito privato e domestico e la trasforma, da “morte addomesticata”, cioè gestita nell’ambito della “domus”¹¹, a morte nascosta e “medicalizzata”¹².

Tony Walter ha recentemente proposto un suo schema storico-antropologico di storia della morte in Occidente, distinguendo una “morte tradizionale” (caratterizzata dalla rapidità e dalla frequenza), una “morte moderna”, che diventa dominante in Occidente nel corso del Novecento e che si caratterizza per la sua crescente medicalizzazione e il suo occultamento, ed una “morte neomoderna”, che Walter definisce e caratterizza come “morte prolungata”¹³.

È ormai una morte così radicalmente sottratta alla dignità del soggetto, da essere definita, con straordinaria pregnanza etica, la “morte offesa”¹⁴, espressione con cui Cattorini “si riferisce alla diffusa medicalizzazione del morire ed alla conseguente offesa alla dignità umana del morente”¹⁵. Io però propongo di parlare anche di “morte impedita” e di “morte proibita”, una morte che solo il potere medico, sostenuto in Italia da leggi dello Sta-

10 G. Reale, *L'uomo non si accorge più di morire*, in D. Monti (a cura di), “Che cosa vuol dire morire”, Einaudi, Torino 2010, pp. 22-23.

11 P. Ariès, *op. cit.*

12 P. G. Rauzi, L. Menna, *La morte medicalizzata: una ricerca sul comportamento medico nei confronti dell'eutanasia*, EDB, Bologna 1993.

13 T. Walter, *La rinascita della morte*, UTET, Torino 2011, p. 53.

14 P. Cattorini, *La morte offesa*, EDB, Bologna 1996.

15 Ivi, p. 6.

to sancite con il beneplacito ecclesiastico, può consentire e concedere al soggetto. E dobbiamo sottolineare come, in Italia, in particolare, “oggi è difficile anche morire”, come recita il sottotitolo di un recentissimo libro di denuncia¹⁶, nel quale l’autore, un oncologo, Paolo Cornaglia Ferraris, sottolinea come la pratica medica sia, specie in Italia e in Italia più che altrove nell’Occidente, finalizzata a procrastinare il più possibile il decesso quasi sempre anche indipendentemente dalle reali e qualitative condizioni di sopravvivenza.

Scrivendo Cornaglia Ferraris: “A noi insegnano una medicina che identifica la morte con la sconfitta del medico. Se il paziente muore sei un perdente. Ma questo conduce all’acquanone terapeutico. [...] Se ti sei formato per guarire, non per curare, sei spinto a osare sempre di più, prima della rinuncia finale. [...] Non c’è nella testa dei medici l’idea della morte naturale. Tutte le volte che un medico ha a che fare con un malato che rischia di morire, immediatamente mette in atto tutta la potenza della medicina per tenerlo in vita. [...] Fa la stessa cosa quando si trova di fronte a malattie inarrestabili. Quando in un pronto soccorso arriva un malato terminale che sta morendo per un’emorragia, il medico dovrebbe chiedersi se nel fargli una trasfusione gli sta allungando la vita o semplicemente la sofferenza”¹⁷.

Ci troviamo di fronte non solo al rifiuto della morte, alla sua negazione, alla non accettazione di un suo porsi dentro un ordine naturale e di vita, ma anche di fronte al rifiuto del *limite* e del *confine*, un rifiuto che sembra costituire la post-modernità, nella sua ideologia, ma anche nelle pratiche di vita dei suoi soggetti sociali. Sara Nosari, in un suo bel commento a Schelling, scrive che “la morte non è un semplice limite: essa incarna l’idea stessa del limite”¹⁸. Ed esaminando l’evoluzione e la storia delle concezioni sulla morte sottolinea come oggi l’atteggiamento della società si caratterizzi come “perdita del limite”. Siamo così di fronte, di nuovo, alla cultura del narcisismo, con la sua onnipotenza ed il suo rifiuto dei limiti e dei confini. In questo quadro socio-culturale la morte, e la sua accettazione, appare così all’autrice come una possibile, risanatrice, “forma pedagogica” che educi al limite ed alla misura¹⁹.

Sul tema della vecchiaia e del protrarsi della durata della vita, una voce straordinariamente esplicita, coraggiosamente libera da convenzionalità e

16 P. Cornaglia Ferraris, *Accanimenti di Stato*, Piemme, Milano 2012.

17 S. Fiori, *Tabù di Stato, Intervista a Paolo Cornaglia Ferraris*, “La Repubblica”, 18 aprile 2012.

18 S. Nosari, *La favola di Clara. Paradigma schellinghiano e pedagogia della morte*, Ugo Mursia Editore, Milano 1998, p. 20.

19 Ivi, p. 21.

scandalosamente provocatoria è quella di Guido Ceronetti, che scrive: “Va considerato oltraggioso un avverbio che viene inesorabilmente interposto nella ripetutissima frase, quando si tratta di vecchiaia e di vecchi come ‘problema sociale’; eccola: ‘La vita, fortunatamente, si è allungata molto’. Al suo posto sarebbe adeguato un ‘purtroppo’, ma il coraggio, l’energia vitale della verità manca talmente al linguaggio comune da non far sperare che si ficchi una volta tanto nell’uso. Per me, che non ho voglia di mentire, vale il purtroppo”²⁰. È difficile sottrarsi ad un simile richiamo alla verità delle parole e del pensiero, per quanto sia compromettente e politicamente scorretto condividere queste parole di Ceronetti.

D’altra parte i macroscopici processi di ipermedicalizzazione, che hanno portato a vivere la morte come sconfitta e fallimento della scienza medica, hanno anche pur attivato, per quanto minoritari e spesso osteggiati, significativi processi di controtendenza e di inversione di tendenza. Tra questi “le cure palliative hanno ricollocato nella pratica medica il senso di un lavoro non finalizzato alla guarigione dalla malattia, ma alla qualità della vita del paziente e del morente, costituendo approcci e pratiche nelle quali la cura non può che essere psicologica, medica e relazionale, rivolta al singolo e ai suoi familiari”²¹.

Ma altre sfide, in campo medico, etico e civile, si impongono oggi intorno alla morte. La definizione scientifica di morte, che è stata concordata per permettere l’espanto d’organi, non è più sufficiente ora di fronte ai nuovi territori che il progresso della medicina ha messo in luce. Si tratta di situazioni di vita-non vita, o di morte-non morte, un confine complesso e fortemente paradossale nel quale si scontrano e si confondono le decisioni mediche, le scelte individuali, i diritti civili e i valori culturali e sociali²².

D’altra parte deve essere chiaro che la critica della ipertecnologizzazione dell’intervento medico e il suo tradursi in un inedito e inaudito procrastinarsi del morire non si basa sull’ingenua riproposizione del diritto ad una morte “naturale”. “Il concetto di morte ‘naturale’ – ricorda Marina Sozzi – è squisitamente culturale, in quanto fornisce al contempo un’interpretazione idealizzata della natura”²³ e l’ideale della morte naturale, quale rivisita-

20 G. Ceronetti, *Quante bugie sui vecchi; che la vita si sia allungata non è una fortuna*, “La Stampa”, 17 Agosto 2009.

21 P. C. Racamier, S. Taccani, *La crisi necessaria. Il lavoro incerto*, FrancoAngeli, Milano 2010.

22 Ivi, p. 59.

23 M. Sozzi, *Reinventare la morte. Introduzione alla tanatologia*, Laterza, Roma-Bari 2009, p. 93.

zione del mito del buon selvaggio teorizzato da Tony Walter. La morte che viene qui contrapposta alla morte ipertecnologizzata della post-modernità è dunque a sua volta una morte culturale, una “buona morte”, però, cioè una morte che non offenda la dignità del soggetto e il diritto di questi a morire in modo conforme ai propri valori ed alla propria concezione della vita. “Si tratta esattamente – ricorda ancora M. Sozzi – della nozione di ‘buona morte’ propria, appunto, della cultura delle cure palliative, che non intendono respingere i progressi della medicina, ma utilizzarli al fine di una gestione più consapevole della propria e della altrui morte”²⁴. Del resto proprio Walter propone una definizione per così dire laicizzata e de-ideologizzata della morte “naturale”, di fatto corrispondente e sovrapponibile al concetto di “buona morte”: essa si basa sul “controllo personale, piuttosto che medico o istituzionale, sul processo della morte”²⁵.

24 Ivi, p. 94.

25 T. Walter, *op. cit.*, p. 245.