



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



ANTROPOLOGIA MEDICA

Il dolore tra natura e cultura

Pain at the crossroads between nature and culture

Francesco N. Gaspa^{a,*}, Giuliano Pinna^b

^a Dottore di Ricerca in Antropologia, Dipartimento di Teorie e Ricerche dei Sistemi Culturali, Università degli Studi di Sassari

^b FADOI Piemonte

Ricevuto l'8 marzo 2010; accettato il 15 marzo 2010

disponibile online il 20 aprile 2010

KEYWORDS

Pain;
Body;
Nature;
Culture;
Anthropology.

Summary Pain and suffering represent unavoidable experiences that have left a deep mark on the history of mankind. In this review, pain is examined from an anthropological point of view, because there is no pain without suffering, and every biophysical event is brought to the consciousness of an individual by an emotional signal. The body is an entity that changes from culture to culture and operates within particular historical and social contexts. Each society incorporates the concept of pain into its particular worldview, assigning it a specific meaning and value. Few human experiences can be read in as many different keys: from neuroscience to linguistic research, perspective selection, and emotional and cognitive functions. Although pain is currently regarded as a destructive force that is per se pathological, it is actually a form of protection. In today's society, pain is experienced as a problem in itself, a disease within a disease, and its physiopathological aspects have been extensively characterized. But pain must also be analyzed within its anthropological, sociological, political, and economic contexts. The phenomenon of pain lies at the crossroads between nature and culture, and analysis from this perspective is essential for explaining the multiplicity of related data. The "anthropology of pain" explains, among other things, the assortment of reactions to identical pain stimuli among individuals and groups: for example, the higher opposition to pain observed among individuals living in poverty, the phenomenon of "combat analgesia", and the wide variety of analgesics used by traditional populations.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

Introduzione

Il dolore e la sofferenza rappresentano esperienze ineludibili che hanno segnato profondamente la storia del genere umano. Non c'è dolore senza sofferenza, cioè senza un senso a livello affettivo che rinvia l'evento biofisico alla coscienza

morale dell'individuo. Il dolore è soggetto a un'elaborazione culturale; le forme attraverso le quali tale esperienza viene rappresentata si modellano alla luce dei rapporti sociali, culturali, storici e politici. Esso sfugge a una misurazione oggettiva, ha come unica espressione le parole e i gesti di chi soffre. Il dolore, invisibile, indicibile, totalmente

* Corrispondenza: via Luna e Sole 70 int. 5 - 07100 Sassari.
E-mail: fgaspa@uniss.it (F.N. Gaspa).

incorporato, talora sfugge ai meccanismi diagnostici. La sua resistenza al linguaggio è tale da rendere "doloroso ogni sforzo di interpretazione che abbia come obiettivo la ricerca di senso" [1]. La dimensione sfuggente ma simbolica del dolore si può manifestare in assenza di lesioni organiche.

Il dolore induce una parziale rinuncia a sé, all'atteggiamento che si adotta abitualmente nelle relazioni sociali; non si lascia includere in una formula unica perché interessa l'uomo in modo differente secondo le circostanze. Il dolore oscilla fra il male di vivere e il male del corpo, travolge il linguaggio, e si passa dalla parola che esprime un significato condiviso al suono, al grido. Per questo motivo chi soccorre la persona che soffre è costretto a sperimentare forme nuove di comunicazione, a "inventare strutture linguistiche capaci di penetrare e mettere in ordine questo settore dell'esperienza normalmente così inaccessibile al linguaggio" [2]. Il dolore, nonostante generi una crisi del linguaggio, crea nuove forme di immaginazione espressiva imperniate sulla metafora. Dolore e sofferenza irrompono nel vissuto della persona alterando e trasformando completamente la sua visione del mondo e dandole il senso profondo della sua solitudine.

Storicamente l'opposizione al dolore è stata tentata sul piano o della comprensione intellettuale o dell'intervento pratico. La prima ha cercato di ridurre l'impatto sugli uomini dandogli un senso, poiché esso sembra più tollerabile se ha un significato in rapporto alla vita umana. Di qui i tentativi di trasfigurarli come via d'accesso privilegiato alla salvezza, alla conoscenza o come mezzo per forgiare il carattere e preparare alle prove più impegnative dell'esistenza. Nell'età moderna la sua percezione è completamente cambiata. Il dolore viene avvertito principalmente come un impedimento all'efficienza della persona, un'inutile supplizio tale da richiedere un trattamento appropriato. Oggi, nel mondo occidentale, esso è una patologia da curare, di pertinenza quasi esclusiva della Biomedicina la quale, nonostante i suoi enormi successi, non è ancora riuscita a sradicarlo [3].

Il dolore tra biologia e cultura

La biologia interpreta il dolore come un meccanismo di avvertimento vantaggioso per l'organismo. Infatti, qualora fosse privato della capacità di sperimentarlo, l'uomo diventerebbe estremamente vulnerabile ai pericoli presenti nell'ambiente in cui vive. Il dolore protegge l'organismo dai rischi suscitando un immediato ritirarsi e lasciando tracce nella memoria, cosa che conduce a un'agire più consapevole [4].

L'interpretazione del dolore soltanto come un semplice sistema difensivo è troppo riduttiva; infatti, non si tratta solo di un messaggio sensoriale, ma coinvolge l'uomo in tutta la sua identità. "Il dolore manda in pezzi l'unità vissuta dell'uomo, trasparente a se stesso finché rimane in buona salute, convinto delle proprie risorse, dimentico del radicamento fisico della sua esistenza se nessun ostacolo si frappone tra i propri progetti e il mondo" [5]. Natura, immaginario, lingua, posizione sociale ed economica, valori dominanti, appartenenza religiosa, livello culturale agiscono simultaneamente e storicamente sugli individui. Essi modellano la percezione e la risposta al dolore plasmando il modo in cui lo si affronta, la sua definizione, la sua tollerabilità [6]. Tuttavia, noi separiamo natura e cultura senza renderci conto che la teoria

stessa dell'evoluzione porta piuttosto a una concezione unitaria della vita nella quale irrompe la storia [7]. La collocazione del dolore tra biologia e cultura spiega la varietà dei fenomeni a esso legati. Per esempio, le diverse risposte di individui e gruppi a stimoli dolorifici identici, le ragioni per cui le classi più povere lo sopportino meglio di altre, il fenomeno definito "anestesia da combattimento" [8].

Il primo tentativo di porre in relazione l'esperienza del dolore con il concetto di "cultura" è stato compiuto da Zborowski nel 1952. In un suo studio egli ha analizzato le componenti culturali di risposta al dolore fra i reduci di guerra in un quartiere del Bronx, notando significative differenze di risposta al dolore tra gli immigrati italiani ed ebrei [9]. La soglia di sopportazione del dolore, in realtà, non è fissata statisticamente dall'appartenenza culturale. Certo, essa è collegata al proprio processo di apprendimento, alla propria formazione, ma la sua variabilità è relativa anche a molti altri fattori [10]. Essa ha una variabilità storica, può arretrare o avanzare anche in relazione alla presenza efficace di grandi azioni collettive [1]. In Francia donne originarie dell'Africa, in occasione del menarca o di rapporti sessuali, avvertono dolori mai percepiti nei loro luoghi di origine. Questo comportamento si spiegherebbe col fatto che il nuovo ambiente e le nuove condizioni di vita avrebbero abbassato la soglia del dolore individuale [11]. Alcuni studiosi hanno descritto un'anestesia da combattimento per cui numerosi soldati, durante la battaglia, non avvertono al momento il dolore per le ferite ricevute [12]. Anche la religione influenza comportamenti e valori della persona [6]. Le società tradizionali con i riti di iniziazione, che implicano quasi sempre prove dolorose, educano l'individuo al dolore attraverso circoncisioni, amputazioni di un dito, scarificazioni, tatuaggi, escoriazioni, bruciate ecc. [13].

La società moderna e il dolore

Nei Paesi industrializzati, specie quando il dolore è devastante, ci si affida prevalentemente alle pratiche delle tecnologie biomediche, nelle quali si ripongono grandi attese per la loro efficacia nel ridurre sia l'intensità che la durata del dolore. Diversamente dalle società pretecnologiche, quella contemporanea, di fronte al dolore pensa sempre di poter predisporre una risposta terapeutica utilizzando la tecnica come la forma più valida per dominarlo. La medicalizzazione totale del dolore comporta il ricovero del paziente e la sua emarginazione dal mondo della vita. Le procedure terapeutiche ad alto livello tecnologico richiedono la sottrazione del paziente allo sguardo e alla cura dei familiari e degli amici, per affidarlo allo sguardo tecnico ed esperto del personale sanitario. Qualora questo non fosse in grado di sradicare il male, deve almeno lenirlo accompagnando il malato nel modo più dolce lungo il suo doloroso cammino. Il ricovero in strutture sanitarie coincide con il rifiuto psicologico della società odierna ad assistere a casi dolorosi, con l'aspirazione comune di distacco dalla sofferenza. Il dolore è sottratto quanto più possibile alla quotidianità dell'esistenza e in questo modo viene lacerato quel rapporto diretto e continuo tra dolore e vita. Esso interessa, anche se con sfumature differenti, soltanto il paziente e chi con passione e, spesso, con sacrifici personali si avventura nella scoperta dell'altro per fargli sentire con gesti amorevoli la sua umana

vicinanza. Tale prossimità riveste una rilevante importanza per la serenità del malato; una parola amica, un gesto ricco di comprensione e affetto, l'essere presenti al capezzale dell'uomo che soffre possono rivelarsi molto utili [14].

Il dolore, quando riguarda le singole persone, è velato da una certa riservatezza; quando, invece, si riferisce a gruppi più o meno ampi coinvolti in eventi tragici è impossibile da nascondere. In casi di questo genere, come per esempio un terremoto o una sciagura aerea, per evitare che il tragico avvenimento contaminasse e amareggiasse la vita di quanti sono stati risparmiati, il dolore viene ostentato e spettacolarizzato. I mezzi di comunicazione lo trasformano in racconto, in modo che tutti possano essere informati, ma distinti e distanti dall'avvenimento. Gli ascoltatori, infatti, vivono tale evento come un qualcosa che riguarda gli altri.

Di fronte al dolore gli uomini ricorrono ai rimedi più disparati. Per la maggioranza degli occidentali l'interlocutore privilegiato è il medico, anche se molto spesso, per un dolore fonte di scarsa preoccupazione, ricorre all'automedicazione. Altri, secondo l'appartenenza culturale e la valutazione della situazione, preferiscono consultare un guaritore o reagiscono all'aggressione con le proprie risorse morali. Se la certezza di un sollievo prossimo alimenta la resistenza, o almeno attenua il lamento, il dolore aumenta fino al terrore quando è associato all'irrimediabile, quando minaccia di appropriarsi del corpo in via definitiva.

Oggi la Biomedicina, essendo in grado di curare malattie che in altri tempi avrebbero causato la morte, contribuisce, paradossalmente, a rendere inevitabili i dolori più o meno acuti e duraturi. In passato questi non avevano modo di svilupparsi poiché i decessi erano più precoci. L'allungamento della vita media delle popolazioni, specie quelle del mondo industrializzato, dovuto al progresso della Biomedicina, al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e nutrizionali, favorisce l'incremento di dolori che insorgono nelle malattie croniche o nel corso dell'invecchiamento. I dolori cronici creano spesso difficoltà interpretative da parte della Biomedicina. I malati soffrono, tuttavia i medici non riscontrano una causa organica e, pertanto, etichettano tali disturbi come "malattie funzionali". In questi casi il dolore amplifica il senso di solitudine, costringe l'individuo a una relazione privilegiata con la propria pena. Il dolore modifica il senso del tempo e trasforma la persona in uno spettatore distaccato che stenta a interessarsi all'essenziale. L'allentamento dell'interesse per il mondo esterno e il ripiegarsi su di sé alimentano l'esclusiva concentrazione sui minimi cambiamenti del proprio corpo, mentre la tristezza per una vita troppo condizionata dal male porta al totale pessimismo.

Il dolore totale

Il "dolore totale", definizione ideata da Cecily Sounders per includervi le diverse origini della sofferenza del malato nelle fasi più avanzate del male, segna il momento in cui l'individuo resta agganciato al mondo dall'intensità del suo dolore; le sue sensazioni o i suoi sentimenti sono sopraffatti da una sofferenza che lo invade completamente. In proposito René Allendy scrive: "Mi sento addosso una fatica immensa, sovrumana; l'idea di cambiare posizione nel letto mi parrebbe un'impresa troppo pesante. Ogni parte del mio corpo è dolente, lacerata" [15].

La riduzione farmacologica del "dolore totale" evoca interrogativi etici riguardanti le implicazioni sulla qualità degli ultimi istanti dell'esistenza e sulla relazione con gli altri. Essa stabilisce la qualità del morire. Quando il dolore ha preso il sopravvento e diventa sempre più insopportabile, richiede dosi via via più massicce di analgesici. L'esperienza dimostra che la scarsa competenza o la timidezza nel curare il dolore o nell'anticiparne l'insorgenza sono fonte di un'ansia acuta che amareggia gli ultimi momenti di vita. Gli effetti di iniezioni di morfina fatte senza metodo o mal sincronizzate sono presto travolti dalle ondate di dolore e lasciano il malato nell'attesa penosa del prossimo momento di sollievo. Si tratta di una manovra difficile da realizzare a causa delle frequenti sottovalutazioni dell'intensità del dolore da parte del personale curante, dei timori dei medici di indurre effetti secondari o della dipendenza troppo stretta da un certo prodotto. Al contrario, certe équipe ospedaliere impiegano dosi massicce di analgesici che annientano la coscienza dell'individuo, privandolo della possibilità di disporre degli ultimi momenti della sua esistenza e frustrando la volontà dei suoi familiari di avere un ultimo contatto [16].

Il dolore terminale

Si ritiene che non esista una soluzione intermedia tra lasciare soffrire il malato e somministrargli un sedativo pesante; pertanto, il personale ospedaliero, nella convinzione che sia inattuabile calmare il dolore senza alterare l'insieme delle percezioni sensoriali, propende per la seconda alternativa, giudicandola inevitabile [17]. In tal modo, si annulla la coscienza della persona allo scopo di non farla soffrire ulteriormente ma, forse, il rimedio non è commisurato al male poiché in questo modo si sopprime contemporaneamente la lucidità e quel che rimane della vita relazionale. Il malato attraversa l'ultimo ponte verso l'ignoto nel torpore, non cosciente degli ultimi attimi della sua esistenza. La scelta del tipo di terapia risponde prioritariamente a una morale implicita, a una visione dell'uomo, coinvolge la responsabilità dell'équipe ospedaliera, soprattutto quando l'uomo non è che dolore e la morte avanza a grandi passi. Sul capezzale del malato si affrontano allora morali opposte a seconda dei servizi e delle sensibilità etiche messi in campo. Altre modalità di trattamento della sofferenza terminale rispettano la coscienza fino all'ultimo istante. Gli interventi terapeutici sono di carattere palliativo e mirano alla qualità di vita del malato [18].

La lotta contro la sofferenza terminale solleva delicate questioni di eutanasia. Infatti, se il malato ha la sensazione che le dolorose cure sopportate gli prolunghino l'esistenza, senza che egli possa esercitare la minima sovranità sulla sua vita e sul tempo che gli resta, allora il desiderio di sospendere l'ultima flebo potrebbe diventare pressante. Saper morire non è meno importante del saper vivere. Spesso un senso di insignificanza personale vince il malato, quando egli diventa o crede di diventare un peso per la famiglia o per il personale che lo cura. Nutrito dal dolore, il desiderio di morire tende allora a diventare irrefrenabile e a suscitare una richiesta esplicita e incalzante al personale sanitario, quando non si traduce nel suicidio o nel rifiuto caparbio di farsi curare. Come scrive Le Breton: "L'impressione penosa di esistere nella morte spinge alla ricerca della morte per poter esistere" [19].

Numerosi studi provano che la richiesta di eutanasia scaturisce dal senso di abbandono del malato, dalla mancanza del riconoscimento degli altri, talora dall'indifferenza o dal rimprovero di chi lo cura, senza che il suo dolore sia tenuto sufficientemente in considerazione. Non c'è più nulla che dia valore a un'esistenza che il malato considera ormai insignificante o addirittura indegna. Talvolta la compagnia, strappando l'individuo alla solitudine, disattiva il desiderio di morire e restituisce valore all'esistenza. Nella fase terminale la terapia medica non basta e talora "solo un volto amico dona ancora il gusto di abitare le ultime ore della vita dando ancora valore al mondo" [19].

Il dolore, segno di una sofferenza esistenziale, oltrepassa il giudizio terapeutico immediato sull'organismo; pertanto, richiede al medico o all'ambiente di saper interpretare il significato dell'espressione del dolore come appartenente all'esistenza ancor prima che al corpo dell'individuo. È questo il profondo motivo per il quale, come affermano Ilya Prigogine e Isabelle Stengers, "è tempo ormai per nuove alleanze, alleanze da sempre annodate, per tanto tempo misconosciute, tra la storia degli uomini, delle loro società, dei loro saperi e l'avventura esploratrice della natura" [20].

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

[1] Gallini C. La soglia del dolore dai racconti di guarigione di Lourdes. *Etnoantropologia* 1993;2:8–31.

- [2] Scarry E. La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo. Bologna: Il Mulino; 1990. p. 20.
- [3] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 17–18.
- [4] Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. London: Penguin Books; 1982. p. 5.
- [5] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 21.
- [6] Zola IK. Culture symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *Am Sociol Rev* 1966;31(5):615–30.
- [7] Lewontin RC. *Biologia come ideologia. La dottrina del DNA*. Torino: Bollati Boringhieri; 1993.
- [8] Guerci A, Consigliere S. *Il dolore tra biologia e cultura*. Genova: Soma; 2000. p. 5.
- [9] Zborowski M. Componenti culturali nella risposta al dolore. In: Maccacaro GA, Martinelli A (a cura di). *Sociologia della medicina*. Milano: Feltrinelli; 1977. p. 108–26.
- [10] Pizza G. *Antropologia medica*. Roma: Carocci; 2005. p. 109.
- [11] Scarpa A. *Pratiche di etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*. Como: Red; 1988.
- [12] Bobey MJ, Davidson PO. Psychological factors affecting pain tolerance. *J Psychosom Res* 1970;14(4):371–6.
- [13] Guerci A, Consigliere S. *Il dolore tra biologia e cultura*. Genova: Soma; 2000. p. 16.
- [14] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 9–10.
- [15] Allendy R. *Journal d'un médecin malade*. Paris: Piranha; 1980. p. 62.
- [16] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 32.
- [17] Saunders C, Baines M. *La vie adiant la mort: Thérapeutiques antalgiques soins palliatifs en phase terminale*. Paris: Medisi; 1986. p. 33.
- [18] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 33.
- [19] Le Breton D. *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi; 2007. p. 35.
- [20] Prigogine I, Stengers I. *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*. Torino: Einaudi; 1999. p. 288.