

Il dolore tra biologia e cultura

Antonio GUERCI e Stefania CONSIGLIERE
Dipartimento di Scienze Antropologiche
Università degli Studi di Genova (Italia)

I pray thee, peace. I will be flesh and blood;
For there was never yet philosopher
That could endure the toothache patiently,
However they have writ the style of gods,
And made a push at chance and sufferance.
(Shakespeare, *Much ado about nothing*)

Idee di dolore

Natura, cultura

Nessun filosofo ha mai sopportato pazientemente il mal di denti: nell'aforisma che Shakespeare deriva da Cicerone si trovano due spunti importanti. Il primo riguarda la comunicazione del dolore, fra chi soffre e chi ascolta: scarsa e balbettante nel caso migliore, più spesso del tutto inceppata. Il secondo interroga invece la figura del "filosofo" nella sua incapacità non tanto di fornire quanto di *credere* a una risposta razionale al dolore. Nello scontro col dolore, implica la battuta, non valgono sapienza e conoscenza; la razionalità culturale viene meno, abbandonando il soggetto sofferente a un dato apparentemente assai più primitivo: l'esser fatto di carne e sangue e come tale capace, innanzitutto, di soffrire.

Con ciò si arriva subito alla presunta *naturalità* del dolore, alla prima manifestazione della sua irriducibilità: il dolore come "primitiva esperienziale". È questa, per molti aspetti, l'interpretazione prima e più ovvia del dolore, quella che viene subito alla mente quando il dolore si manifesta o dà, in qualsiasi modo, spettacolo di sé: il dolore come grado minimo comune, magari tragico, di appartenenza all'umana comunità. Si tratta di una interpretazione delicata e cruciale, che riflette accuratamente la posizione del dolore, sito in interfaccia fra i dati biologici e quelli culturali, e che non è facilmente dismissibile, considerata anche l'ampia schiera di pensatori che l'hanno sostenuta. Possiamo allora tenerla valida come "ipotesi di lavoro", senza rinunciare però a ripulirla, fin da subito, dalle incrostazioni che nel tempo ne hanno spostato il senso e diminuito la portata, rendendola infine, in apparenza, un'idea sorpassata.

Il dolore così inteso rischia infatti, e soprattutto nei tempi nostri, d'essere assunto a icona di una "naturalità" intesa come dato invariante e invariabile, e in tal modo intrappolato in una mascherata ideologica naturalistica, in cui è attribuita alla natura un'essenza immutabile, che si predica poi, per metonimia, di tutto ciò che alla natura è assimilato: della natura umana in particolare e, per estensione interdisciplinare, della biologia umana. Quest'attribuzione offusca efficacemente tutto ciò che, all'interno e nell'intorno dei fenomeni "naturali" e biologici, è dinamico e in trasformazione, e appiattisce la dolorante e realissima «flesh and blood» dell'individuo sofferente sopra un'unica e quasi romantica fatalità umana, cui è vano voler fuggire: questo il salto ideologico, da rifuggire, dell'interpretazione del dolore come *inevitabile natura*.

Un punto di vista opposto a quello descritto sopra gli si oppone da qualche tempo: l'idea per cui tutto nell'umanità è cultura, e poco o niente può essere in comune fra appartenenti a culture diverse. È un esito estremo del pensiero postmoderno (Lyotard 1979; Harvey 1989; Jameson 1991; Callinicos 1989), cui è stato dato il nome di «culturalismo», in assonanza con l'opposto «naturalismo».

Comprensibile reazione a un biologismo "primitivo", il culturalismo enfatizza la dimensione culturale della vita umana, cui viene ricondotta ogni cosa. Negli individui, compresi i soggetti sofferenti, il culturalismo sente parlare soltanto la cultura di appartenenza, che stabilisce non solo *come* e *quando* esprimere il dolore, ma anche *se* e *cosa* provare, sulla base di eventi e modalità codificate. Versioni più o meno forti del culturalismo sono parte di molte teorie critiche radicali, che spesso propongono con rigore teorico interpretazioni strettamente materialiste dello sviluppo culturale e sociale (Williams 1980, 1981; Baer, Singer & Susser, 1997); è quindi curioso notare come in alcuni casi esse finiscano col negare qualsiasi validità esplicativa proprio al dato più immediatamente materiale: quello, appunto, della biologia umana.

Il passo successivo, pur tenuto a freno dai critici più avveduti, è la deriva solipsista: fra individui sofferenti appartenenti a culture diverse non vi sarebbe non solo nessun modo di comunicare il dolore, ma neppure alcuna esperienza comune e condivisibile di dolore. La difficoltà materiale, intraculturale, di comunicare la sofferenza diventa impossibilità strutturale di comunicazione fra culture, bolla che isola i gruppi all'interno di universi locali privi di porte e di finestre.

In entrambi i casi, ci si trova trattenuti entro universi statici, da cui la storia è stata estromessa. Nel caso del dolore "naturalizzato" la storia è un disturbo di là da venire, e che già si sa non muterà sostanzialmente le cose. Nel dolore "culturalizzato", invece, la storia è già stata, ed è finita, lasciandosi dietro una miriade di universi autonomi che non comunicano perché separati da annidate di evoluzione autonoma e differente.

Il dolore "naturalizzato" appiattisce, quello "culturalizzato" isola. Ciascuna visione, è doveroso riconoscere, coglie un punto importante dell'esperienza del dolore: la fisicità irriducibile in un caso, l'isolamento comunicativo nell'altro; ma poi, surrettiziamente, entrambi questi punti vengono assolutizzati, tradendone così, nell'un caso e nell'altro, la potenzialità interpretativa: non si può nulla contro il dolore-natura prestorico, che si contempla come parte dell'umana esistenza; e nulla si può contro il dolore-cultura post-storico, indotto negli altri da credenze a noi aliene e in noi da una sorta di fatalità ideologica della società cui apparteniamo.

Queste interpretazioni del dolore, insomma, trascurano entrambe di avvedersi delle instancabili mediazioni in atto, delle modificazioni che continuamente alterano il paesaggio culturale e quello materiale, della miriade di adattamenti culturali, traumatici o sofisticati, che l'intera popolazione mondiale mette in atto ogni giorno.

Gli esiti pratici delle due visioni sono straordinariamente simili, e sconcertanti. Ma una teoria che non lasci spazio al miglioramento, e alle condizioni del suo proprio superamento, deve per forza (o per metodo) risultare sospetta. Nel nostro caso sono ambigue entrambe le teorie e, a osservarle insieme, s'insinua il sospetto di una parentela, di un coinvolgimento a quattro mani nella costruzione del dolore come fenomeno contro cui, *alla fin fine*, si può poco, e che è meglio esorcizzare scorciandolo delle ragioni e dei motivi (ciò a dire, ancora una volta e in una parola: della storia).

Possiamo allora provare a superare gli estremi cercandone una prima composizione. Il dolore è certamente "natura": le sue manifestazioni sono incanalate nella comune fisiologia della specie umana; i meccanismi biologici che presiedono alle reazioni agli stimoli dolorifici sono noti, e, per

quanto riguarda la specie, *ovviamente* universali. Contro il culturalismo più estremo si erge a testimone l'efficacia del più banale fra i farmaci, l'aspirina.

Ma la medesima aspirina testimonia anche contro l'idea che il dolore inevitabile *in quanto* naturale: le regolazioni sociali e culturali delle modalità di uso degli analgesici rivelano un'interazione continua e dialettica fra biologia e cultura. I meccanismi sociali, linguistici, familiari, religiosi che influiscono sulle manifestazioni di risposta agli stimoli dolorosi determinano, per i diversi individui in diverse circostanze, esiti completamente diversi (Zola 1966; Davitz et al. 1976; Bagros & Le Breton 1989). Fisiologia, immaginario, lingua, posizione sociale ed economica, valori dominanti, appartenenza religiosa, livello culturale e quant'altro: tutto questo agisce contemporaneamente e storicamente sugli individui, plasmandone la percezione e la risposta al dolore, modificando il modo in cui lo si affronta, la sua definizione, la sua importanza, la sua sopportabilità.

E anche questo, l'accostamento alla pari di natura e cultura, che dovrebbe già essere folklore ed è invece ancora da conquistare alla coscienza scientifica e sociale generale, è spostamento concettuale da poco. Ché secondo Lewontin separiamo natura e cultura per comodo nostro tradizionale di pronipoti di Cartesio, senza avvederci che la biologia e la teoria stessa dell'evoluzione portano piuttosto (quando siano ben intese, e non è sempre il caso) a una considerazione unitaria della vita, la quale, per sua parte, è inscindibile dal massimo della contingenza: la storia, ancora una volta (Lewontin 1987, 1991).

La filosofia e il dolore

«Dire» il dolore, descriverlo, è quanto mai difficile. Esso si configura non solo come “esperienza interna”, ma soprattutto come “esperienza privata”: espulso dalla sfera sociale, rifuggita la condivisione (anche solo quella, minimale, linguistica), il dolore si presenta come una delle esperienze esistenziali più tragicamente solipsistiche. Nella sua forma più immediata e, per così dire, “biologica”, l'esperienza stessa del dolore isola chi lo prova dal resto del mondo.

C'è ben poca comunicazione tra chi sta dentro il dolore e chi ne sta piantato ben fuori: il *dolore* del sofferente non è che «dolore» per chi ascolta; impossibile l'ostensione, preclusa la condivisione, il terribile significato dell'uno assume, per l'altro, la forma di mero significante, la cui portata reale gli sfugge completamente (e buon per lui). “Fa male” diventa spesso tutto quello che da una parte si riesce a dire e dall'altra a comprendere: la semplice unità alla base di qualsiasi forma di espressione della sofferenza. La comunicazione va in cortocircuito.

Ma l'universalità stessa della sofferenza umana lascerebbe supporre, senza alcun sospetto d'eccessivo ottimismo, che il dolore, in quanto *explanandum*, sia stato oggetto di riflessione pressoché universale. Ci si accorge però subito, e con un po' di sorpresa, che il dolore è stato raramente tematizzato dalla filosofia occidentale, e mai considerato come problema indipendente nella sistematica del sapere. L'essere e il nulla, la verità e l'opinione, la contrapposizione fra finito e infinito, lo status ontologico della realtà, la condizioni della conoscenza, la percezione: questi i fuochi della riflessione occidentale. Ma poco è detto del dolore. Nell'*Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, per fare un esempio, non compare nessuna voce «dolore», mentre il *Dizionario di filosofia* curato da Paolo Rossi gli dedica appena una colonna e mezza. Ancora a titolo d'esempio, le pubblicazioni sul dolore in commercio in Italia nell'anno 1998 appartengono per la maggior parte alla categoria dei testi religiosi, e per la rimanenza a testi medici; una situazione analoga si incontra alla biblioteca dell'Università di Cambridge; mentre le maggiori enciclopedie consultate (*Encyclopædia Britannica*, *Encyclopædia Universalis*, *Nuova Enciclopedia Universale Rizzoli Larousse*, *Enciclopedia Italiana di scienze lettere e arti*, *Grande Dizionario Enciclopedico UTET*),

con l'eccezione dell'*Enciclopedia Einaudi*, propongono alla voce «dolore» soltanto panoramiche (a volte molto precise) sui meccanismi biofisici del dolore. Infine, caso quantomeno curioso, neppure il *mare magnum* della rete informatica propone alcunché di diverso.

La generale assenza del dolore dalla filosofia, o la sua riduzione alla fisiologia, sono però sospette, e tali da mettere in guardia. Pare infatti impossibile che la riflessione occidentale abbia trascurato di occuparsi in modo sistematico del dolore.

La latitanza della filosofia lascia innanzitutto supporre che il dolore sia stato trattato altrove. E infatti, in anni recenti, sono state altre due discipline a fornire i migliori contributi all'analisi dell'atteggiamento occidentale di fronte alla morte e al dolore: l'antropologia e la sociologia. La prima, essendosi posta il problema per le società non occidentali, si è poi incuriosita e ha girato lo sguardo sulle proprie origini (Kleinmann 1988); e la sociologia, in seguito, ha sviluppato buona parte dei migliori testi disponibili sull'argomento: si pensi ad esempio ai lavori di Baudrillard (1976), Elias (1982 e 1985), Thomas (1975) e Rey (1993). Si tratta tuttavia, per la maggior parte, di lavori sulla morte piuttosto che sul dolore in senso proprio; e ancora manca, in queste opere, una visione d'insieme capace non tanto di unificare quanto di organizzare in un quadro coerente le differenti forme in cui il dolore si presenta all'esperienza.

In ambito scientifico è stata ovviamente la medicina ad affrontare il dolore in modo sistematico, trattandolo come campo specifico di ricerca e di sviluppo tecnico. Ma le necessità pratiche e urgenti di materiale opposizione al dolore fanno delle ricerche mediche un ambito disciplinare specialistico e settoriale, le cui conclusioni, pur importanti e sorprendenti, sono assai lontane dal senso comune (individuale, sociale, civile) dell'esperienza del dolore. La fenomenologia del dolore elude infatti la ricerca medica in almeno due modi interessanti. Risulta infatti che le descrizioni fisiologiche e patologiche, pur approfondite, non riescono a spiegare completamente la presenza del dolore, che spesso si manifesta anche in assenza di lesioni riconoscibili (Le Breton 1995); inoltre, il dolore di cui si occupa la medicina non esaurisce l'intero spettro della sofferenza: alcune delle manifestazioni comunemente ritenute dolorose non rientrano affatto (o solo a forza) nella teoria medica moderna. Il discorso medico-fisiologico sul dolore è oggi ad ogni modo egemone e incontrastato, come si è visto alle voci «dolore» delle diverse enciclopedie: esso oggettivizza l'esperienza del dolore in un vocabolario tecnico e operativo che, se è quanto mai benvenuto nei suoi successi antalgici, contribuisce tuttavia, a un altro livello, alla rimozione del dolore dall'indagine razionale e dalle coscienze individuali.

Ricapitolando: il dolore non si dice, si ricorda poco e si comunica a fatica. La medicina lo combatte e la filosofia, per larga parte, lo ignora. Perfino più della morte, esso è rimosso dall'indagine razionale nel suo aspetto complessivo e dalle coscienze individuali nella sua forma quotidiana. L'esperienza del dolore è generalmente identificata con la manifestazione più sinistra e immediata di una natura improvvisamente matrigna: una bolla, quasi, di naturalità pura, mero «flesh and blood», dove niente che ricordi la cultura (il linguaggio, la parola, le mappe della memoria individuale e collettiva) viene a offrire conforto. Ma proprio qui, in questa negazione e in questo appiattimento, si trova un appiglio: ignorare il dolore, ridurlo a natura bruta, è una risposta tipicamente occidentale; ciò significa anche, a ben vedere, che ci si trova di fronte a una precisa risposta culturale. Ci si chiede allora quale sia il motivo dell'oscuramento del dolore, e della generale accettazione della sua riduzione a pura, sinistra natura. A questo dunque occorre riconquistare il dolore: alla visibilità, e all'analizzabilità del suo ruolo sociale. Si tratta anche, ancor prima, di tirarlo fuori dal duplice paludamento, naturalistico e culturalistico, di cui è stato ricoperto, e interpretarlo per ciò che è e che è stato: un fenomeno (come la filosofia, e come la vita stessa) *storico*.

Perché un'antropologia del dolore?

Il d. come strumento: due necessità

Perché a parità di sollecitazione dolorifica individui e gruppi umani differenti reagiscono diversamente; perché indigenti, sottomessi, introversi manifestano una resistenza al dolore superiore rispetto ad altri individui; perché la soglia del dolore è un meccanismo evolutivo di adattamento all'ambiente, influenzato da fattori abiotici e biotici; perché esiste un'anestesia da combattimento; perché le popolazioni tradizionali utilizzano antalgici o anestetici i più disparati e solo pochi tra questi trovano apparente giustificazione all'esame farmacologico occidentale; perché il dolore rappresenta un momento privilegiato di interazione fra biologia e cultura.

L'esperienza del dolore, come si è già detto, spesso chiude la comunicazione fra chi soffre e chi non soffre come di fronte a un rito d'iniziazione, privo tuttavia dell'aspetto solare della rivelazione del segreto. Alcune affermazioni quali: «Esiste un solo dolore facile da sopportare: quello degli altri» e «La povertà è il miglior analgesico» ci introducono, sia pur nella tragicomica evidenza, nell'interpretazione antropologica del dolore.

Il dolore è uno strumento di comunicazione e di conoscenza: esso ha da sempre stimolato la classificazione delle malattie e la ricerca del farmaco. Questo senza perdere di vista il fatto che il fisiologo, nel suo laboratorio, lavora su un'esperienza sensoriale, mentre nella percezione del sofferente il dolore è una esperienza affettiva, un intreccio di emozioni e sensazioni.

Proprio - e solo - all'interno di questi contesti è possibile analizzare il dolore, sotto due diversi punti di vista; il primo avvicina il dolore come zona di interazione (e talora di scontro) fra l'istanza biologica e quella culturale; il secondo prende invece in considerazione le diverse modalità "locali" di una richiesta che si può considerare universale: lenire il dolore.

Emerge più che mai oggi la improrogabile necessità che biologia e cultura si incontrino nel terreno del dolore attraverso una dialettica che merita più approfondite indagini.

Il d. nella medicina occidentale

Nella letteratura scientifica della biomedicina troviamo descritti differenti dolori: cronico, acuto, ma anche autoinflitto, inflitto, atteso, spontaneo, accettato, vissuto, raccontato, ricordato. Si tratta di aggettivazioni che connotano non solo diverse intensità ma anche diverse soglie emozionali e coinvolgimenti culturali. Numerose sono le definizioni assegnate al dolore da studiosi di numerosissime discipline, a testimonianza del coinvolgimento universale del fenomeno e della valenza tanto fisica che psichica.

Con Zborowski (1952) possiamo distinguere un dolore auto-inflitto (deliberatamente provocato per specifici fini culturali, come l'acquisizione di uno speciale *status* in seno alla società), dolore inflitto da altro (combattimento, guerre, sports, ecc.) e infine un dolore spontaneo (da malattia o ingiuria). Possiamo anche definire e distinguere un dolore atteso da uno accettato; un dolore vissuto, uno raccontato, uno ricordato con le relative soglie emozionali; ancora un'apprensione del dolore (con implicita tendenza a evitarlo) e un'ansietà del dolore (con l'attenzione rivolta soprattutto alle conseguenze o le cause che la sensazione trascina con sé).

È noto comunque che l'approccio medicalizzato al dolore si fonda sul tentativo di separare il dolore dalla trama culturale, di isolare l'oggetto di studio (così come avviene nelle scienze fisiche) per meglio poterlo indagare.

Ma nello stesso tempo che la medicina si sforza di ridurre il dolore alla fisiologia, recidendolo dal contesto culturale, essa viene a trovarsi nella difficoltà (e talora nell'incapacità) di trattare numerosi dolori invalidanti. È da notare tuttavia, proprio a livello sociale, come la soglia di tolleranza decresca via via che gli antalgici si banalizzano, mentre la domanda di anestesia aumenta anche in funzione della scomparsa dei valori una volta associati alla resistenza personale.

Occorre poi riflettere sul fatto che le teorie neurofisiologiche sui meccanismi di percezione e trasmissione del dolore non spiegano affatto la finalità (ammesso che ve ne sia una) del dolore medesimo. Il «come» non risolve il «perché» o, per dirla con Aristotele, diverse sono le cause prossime e le cause ultime.

La teoria dell'evoluzione tende a spiegare il dolore come sofisticato meccanismo di avvertimento, e quindi come agente che risulta in ultima analisi benefico all'organismo. D'altro canto, se nelle condizioni artificiali di laboratorio la soglia del dolore, inteso quale meccanismo evolutivo di adattamento, sembra non variare molto da un individuo all'altro, nella realtà è assoggettata al preciso contesto biologico, storico e sociale. L'ambiente, l'età, il sesso, la costituzione morfologica corporea, l'etnia, il ceto sociale, l'appartenenza religiosa, l'attività lavorativa, l'alimentazione, etc., concorrono a modificare la soglia e la percezione del dolore.

Ipotesi ben diverse sul senso del dolore sono sorte in ambito medico-clinico. Secondo un'interpretazione che potremmo per paradosso dire "scientifico-nichilista", il dolore sarebbe un servizio di spazzatura molecolare senza alcuna finalità, un velo oscuro gettato sulla coscienza (Laborit, 1983). In particolare, Leriche (1937) ha sempre combattuto strenuamente la teoria del "benefico avvertimento". Allorquando sopravviene il dolore, con il suo corteo di pene, è ormai troppo tardi. A questo stesso proposito Violon (1992) elenca alcune idee preconcepite, e false, sul dolore :

- il dolore proviene sempre da una malattia o da una lesione,
- la fine della malattie trascina la scomparsa del dolore,
- il dolore finisce per usurarsi e scompare da solo,
- ci si abitua al dolore come a tutto.

Né il dolore, e l'interpretazione di esso, possono essere ridotti a una questione di epistemologia medica. La medicina è per natura un fatto di relazione: essa sorge da una cultura professionale, attenuata dalla cultura propria del medico il cui compito è di contornare la cultura profana che impregna il giudizio e le attitudini del paziente. I motivi di malinteso prosperano. Una consultazione è una sorta di delibera informale fra un medico che si sforza di far entrare nelle sue categorie di pensiero delle indicazioni ai suoi occhi confuse, e un paziente che pena a farsi capire da un uomo di cui non comprende il perché pignola su cose che gli appaiono così evidenti. La decifrazione è mutua, mette faccia a faccia uomini che incarnano delle visioni del mondo la cui compatibilità deve costruirsi attraverso il negoziamento e il compromesso (Sapir, 1967).

In questa *relazione medico-paziente* le rispettive attitudini nei confronti del dolore giocano un ruolo cruciale, specialmente quando il medico avverte che il paziente esagera il suo dolore o allorquando il paziente avverte che il medico minimizza la sua sofferenza. Ne scaturisce una differente somministrazione di analgesici e un corteo di atteggiamenti reciproci che possono andare a discapito della cura.

Il dolore degli altri

Il dolore oscilla fra il male di vivere e il male del corpo: ma il corpo è una realtà mutevole da cultura a cultura. Ogni società umana integra il dolore nella propria visione del mondo, conferendogli un senso, un valore. Il corpo risulta così essere una realtà mutevole da cultura a cultura e la sua fisiologia non si esplica esclusivamente nel “vergine isolamento biologico” ma anche nel preciso contesto storico e sociale (Lipton & Marbach, 1984; Guerci, 1998).

Il dolore è il male. Il dolore è colpa. Il buddismo, come il cristianesimo, associa l'intera esistenza al dolore: la sofferenza conduce alla purificazione. Il dolore trova la sua origine nel principio di retribuzione che regola il Karma: le dosi personali di sofferenza e la loro natura sono sottomesse a questa legge. Il dolore è sempre meritato per motivi che talvolta possono sfuggire all'individuo sofferente; tuttavia esso non è interamente nefasto poiché ha valore catartico (Le Breton, 1995). Ma non tutti i teologi (Grampa, 1997) condividono la visione doloristica della vita, come accettazione della croce. Cristo nel corso della sua vita opera guarigioni e al termine, sofferente, accetta la volontà del padre, ma sino all'ultimo prega che gli siano evitati il dolore e la solitudine.

Secondo gli stoici, l'uomo non reagisce a una situazione, ma all'opinione che si fa di essa. In tal senso, e come confermato da recentissime ricerche socio-antropologiche, il dolore non è solo una sensazione o una percezione, ma una significazione. L'interpretazione del dolore come mero sistema difensivo è ingenua: non si tratta d'un semplice messaggio sensoriale, poiché coinvolge l'uomo in tutta la sua identità (Le Breton, 1995).

Salvatore Veca (1997) afferma che il piacere come il dolore alterano la “geografia del sé”; il piacere contribuisce ad allargare i nostri confini, il dolore li restringe, conducendo verso una progressiva esclusione del rapporto con gli altri.

Giorello (1997) ha contribuito a chiarire il nesso tra dolore e conoscenza. Il dolore diviene strumento di comunicazione e stimolo alla conoscenza: è il dolore del malato a stimolare la classificazione delle malattie e la ricerca del farmaco. Il dolore non si pone solamente come esperienza individuale, ma per simpatia (nel senso etimologico di “patire insieme”) permette di comprendere, analogicamente, l'altrui sofferenza.

Fattori che influenzano il dolore

Vediamo allora di indicare, e anzi di elencare, senza alcuna pretesa di sistematicità o di esaustività, alcuni dei fattori che influenzano la percezione e la significazione del dolore. L'ipotesi è che, in certe circostanze, i dati agiscano anche per accumulo mostrando, con la loro sola sequenza, che talune idee preconcrete e irriflesse sono semplicemente sbagliate.

L'*ambiente* svolge un ruolo fondamentale sul come un malato assume la sua condizione. Uno studio condotto su operati di cistifellea dimostra che i pazienti la cui camera dà su un parco con alberi, consuma due volte meno d'analgesici rispetto a quelli la cui camera si apre su un muro di mattoni. Inoltre quest'ultimo gruppo subisce una spedalizzazione supplementare media di una giornata (Ulrich, 1984).

Interessante la constatazione (riscontrata in Francia) che donne provenienti dall'Africa, in occasione di menarca o di rapporti sessuali, accusano dolori che mai avevano avvertito nei loro luoghi d'origine, perché là la condizione femminile non permetteva loro di avvertirli; il nuovo ambiente e le nuove condizioni di vita avrebbero abbassato la soglia del dolore individuale (Scarpa, 1988).

Il 65% dei soldati gravemente feriti in combattimento non sentono dolore al momento e nelle ore e giorni successivi (Melzack, 1973). Soldati feriti sul fronte italiano nella seconda guerra mondiale

dopo settimane vengono evacuati dal campo di battaglia: solo un terzo dei feriti chiede morfina. Pur severamente feriti dicono di sentirsi bene, anche dopo molto tempo (Beecher, 1975). Alcuni studiosi hanno descritto una anestesia da combattimento per cui il combattente, nel furore della mischia, non soffre all'istante per le ferite ricevute, ma in un secondo tempo (Hardy *et al.*, 1952; Bobey *et al.*, 1970; Beecher, 1975; Scarpa, 1980). Durante l'ultima guerra, negli ospedali situati in vicinanza del fronte, i feriti chiedevano meno farmaci analgesici rispetto agli ospedali che si trovavano nelle retrovie: il fattore emozionale gioca evidentemente un ruolo fondamentale.

Una piccola inchiesta condotta sugli Sherpa e americani in trekking nel Nepal mostra l'uguaglianza della soglia liminale di percezione ma una soglia di tolleranza allo stimolo doloroso nettamente più elevato nei primi (Clark & Clark, 1980).

La *cultura religiosa* ha un'influenza determinante, imprime il suo marchio sui comportamenti e i valori (Zola, 1966; Le Breton, 1995). La prescrizione d'antalgici può rappresentare un metro del sentimento che spinge il terapeuta a rifiutare o a prescrivere delle dosi che rinviino meno alla sofferenza del malato che all'idea propria che se ne fa. I medici di tradizione cattolica hanno per lungo tempo manifestato la tendenza a prescrivere deboli dosi di morfina per alleviare il dolore cronico o terminale. Ancora nel 1987 i paesi scandinavi utilizzano in proporzione venti volte più di morfina. Nello stesso sentimento di inutilità e di carattere nefasto del dolore, gli inglesi hanno organizzato un movimento al fine di lenire le sofferenze terminali prescrivendo dosi considerevolmente più elevata rispetto ai medici francesi. In Giappone il consumo di antalgici per abitante è considerevolmente inferiore rispetto ai paesi occidentali (Fields, 1988). Il gruppo di ricerca di W.E. Lambert, della McGill University, ha studiato la soglia dolorifica in funzione della religione di appartenenza (Lambert *et al.*, 1960). La soglia fu valutata due volte in gruppi di studenti ebrei e protestanti; la prima volta lo studio venne presentato come valutazione della resistenza individuale: i due gruppi risultarono parimenti resistenti. La seconda volta lo studio fu presentato come valutazione delle differenze religiose nella resistenza al dolore: mentre i protestanti mantenevano invariate le loro prestazioni, quelle degli ebrei aumentarono in maniera significativa.

Occorre poi distinguere due attitudini nei confronti del dolore: paura per il dolore immediato o paura per quello che implica e può nascondere. Nelle ricerche di Zborowski (1952) emerge dal confronto fra una popolazione di italiani e una di ebrei come i primi siano maggiormente coinvolti nella paura per la sola sintomatologia a differenza dei secondi che temono soprattutto le conseguenze occupazionali ed economiche.

L'*ansietà* abbassa la soglia di percezione del dolore. L'introverso avverte prima il dolore rispetto all'estroverso (Haslam, 1967). Attraverso tecniche di rilassamento e di suggestione aumenta la tolleranza a uno stimolo doloroso.

Anche la *volontà* e la *concentrazione* sono fondamentali. Barber & Hahn (1962) ottengono un aumento della soglia di resistenza suggerendo ai soggetti, le cui mani sono in una vaschetta con acqua ghiacciata, di pensare e immaginare situazioni gradevoli o sgradevoli. Nel primo caso presentano maggiore resistenza, nel secondo caso con un aumentato dolore compare aumento del battito cardiaco, della tensione muscolare e della risposta galvanica della pelle. La presenza di fattori di sostegno possono portare alla neutralizzazione di impulsi periferici nocicettivi. In ultima analisi il mantenimento del comportamento stoico desiderato deve essere ricercato soprattutto nell'attivazione di impulsi inibitori discendenti dalle aree corticali superiori del sistema nervoso (Melzack, 1973; Melzack & Wall, 1982).

Così pure l'*abitudine* influenza la risposta al dolore. Il 20% dei pazienti che hanno subito un intervento operatorio non provano alcun dolore post-operatorio. È noto da tempo che uno stress o

uno shock provocano una secrezione nel sangue di numerose sostanze che inibiscono la trasmissione del dolore: ACTH, prolattina, beta-endorfina, encefaline. Queste ultime sostanze, in caso di stress dell'organismo, coadiuvano la secrezione di due ormoni: la noradrenalina e l'adrenalina. Ripetuti stimoli dolorosi poco intensi facilitano l'emissione di morfine cerebrali più di un unico stimolo molto intenso. Lo stesso si otterrebbe con stimolazioni ripetute non più dolorose, ma semplicemente stressanti, provocando emozioni spiacevoli o uno spavento. Tale diminuzione della sensibilità dolorosa in seguito a stress (SIA: *Stress Induced Anesthesia*), o anestesia prodotta dal dolore, rivelerebbe meccanismi differenti da quelli che governano la secrezione delle endorfine e delle encefaline. Gli shock intermittenti conterrebbero implicitamente il messaggio di una breve durata, per cui farebbero sorgere nel soggetto l'idea che possono essere evitati. L'inevitabilità e la rassegnazione farebbero invece apprendere a sopportare meglio il dolore (Renaud, 1982). Questo è quanto si verifica probabilmente presso molte popolazioni che devono sopportare continuamente, per necessità di vita e per educazione tribale, stress dolorosi ed emozionali.

Uomini e animali preparati al dolore sperimentalmente lo sopportano meglio rispetto alla media. Ma la sopportano solo se esso è breve, se sanno che è inevitabile e si sottomettono. Gli shock ripetuti attivano le cellule a endorfine del cervello cosicché si ha un "pieno" di endorfine. Questo agisce come un'iniezione d'anestetico al momento di una nuova stimolazione dolorosa. Iniezioni con antimorfine come il naloxone hanno confermato lo studio. Esiste un parallelismo fra l'apprendimento della rassegnazione allo stressore e la capacità di non soffrire di uno stimolo doloroso. L'abitudine diviene così la morfina del povero.

E si trova quindi che la resistenza al dolore è maggiore nei paesi in via di sviluppo rispetto agli altri: il dolore quindi s'impara (Scarpa, 1988). Nella nostra cultura occidentale apprendiamo se non a evitarli, almeno a credere che possiamo evitare gli stressori. Impareremmo pertanto a non scatenare questo meccanismo endorfinico che sensibilizza il sistema nervoso per aiutarlo a soffrire meno (Renaud, 1982).

Le società tradizionali con i riti d'iniziazione, che comportano quasi sempre prove dolorose, educano l'individuo al dolore attraverso circoncisioni, escissioni, subincisioni, limature o strappo dei denti, amputazioni d'un dito, scarificazioni, tatuaggi, escoriazioni, bruciate. Le donne del Katanga per rassodare i seni se li fanno mordere da formiche rosse il cui morso causa una dolorosissima tumefazione che dura moltissimo tempo (Blanchod, 1946). Sono peraltro anche note le raffinate torture cinesi di un tempo (*letshai*), sopportate dai condannati con sublime stoicismo; le scotennature e le sevizie ai prigionieri di guerra praticate dai pellirosse, soprattutto dagli Irochesi: le vittime affrontavano le più atroci mutilazioni continuando a cantare, sino allo stato preagonico, il canto della morte; le danze del fuoco documentate in Giappone, Malesia, Brasile...; gli *spinati* di Palmi (Calabria), penitenti che seguono la tradizionale processione di San Rocco (16 agosto) a torso nudo, ricoperti da una cappa formata di rami, irti di spine, della pianta *Calicotome infesta*; i tatuaggi per scarificazione (Scarpa, 1980).

L'efficacia del *placebo* è differente nel dolore clinico e in quello sperimentale. È stato osservato (Beecher, 1975) che il placebo è 10 volte più efficace per alleviare il dolore di tipo clinico rispetto a quello sperimentale: è interessante notare che anche la morfina si comporta allo stesso modo. Beecher concluse che il farmaco placebo riusciva a ridurre il dolore pressapoco nel 35% dei pazienti esaminati. Evans (1974) ha rilevato una percentuale del 36%.

Nella *biochimica del dolore*, non bisogna dimenticare l'effetto del calcio. Esso gioca un ruolo notevole nell'indifferenza congenita al dolore e nelle automutilazioni osservate nella prima infanzia di bambini europei nei quali è stata riscontrata una deficienza di calcio-ioni (Scarpa, 1980).

Secondo un rapporto dell'OMS il calcio è carente in moltissime popolazioni che vivono in paesi in via di sviluppo (FAO-OMS, 1962).

Ma abbiamo anche *un'indifferenza congenita* al dolore, con automutilazioni nella prima infanzia, dove non è più in gioco l'emozione, ma altri fattori (tra i quali forse proprio la mancanza di calcio).

Rimedi contro il d.

Prima ancora delle interpretazioni psicoanalitiche, l'uomo da tempo immemorabile aveva incontrato sistemi di esplorazione del proprio subcosciente. Nel corso di numerosi riti tradizionali o popolari, gli stress e gli shock cui, preordinatamente, vanno incontro i partecipanti, assumono un'importanza primaria. Nei luoghi liturgici, oltre alla tensione psichica, influisce l'ambiente : temperatura, aria satura di anidride carbonica per la presenza di numerose persone, ceri, incenso, litanie, colori dei paramenti. Aggiungiamo che durante i pellegrinaggi o danze si hanno nei partecipanti profuse sudorazioni che provocano sete intensa e marcata concentrazione di sali nei liquidi organici. Non sono da trascurare la stagione, il clima, la carica di elettricità atmosferica, l'igroscopicità. L'ipereccitabilità conseguente viene favorita in genere da un basso tenore di calcio (importante neuroregolatore). Come trascurare la fede? La situazione del tutto particolare in cui viene a trovarsi il sistema nervoso centrale del credente che, sicuro, chiede la guarigione, provocherebbe determinati impulsi cerebrali i quali, agendo attraverso l'ipotalamo sul sistema endocrino, libererebbero alle terminazioni nervose dei messaggeri chimici tra cui le catecolamine (adrenalina, noradrenalina, dopamina), la serotonina e le endorfine capaci di agire come farmaci (Scarpa, 1988) e/o di aprire le barriere tra cosciente e subcosciente con facoltà, tra l'altro, analgesiche aumentate.

Vi sono pratiche sciamaniche caratterizzate da analgesia, euforia e amnesia. Questi effetti sarebbero causati da induzioni ipnotiche. Tuttavia, nell'analgesia endogena interverrebbero due distinti fattori: uno psicogenico, chiamato "analgesia da fede" (fiducia incondizionata nell'azione analgesica di oggetti o pratiche) a probabile effetto placebo, e un altro riferibile alla produzione di endorfine, come pare avvenga nell'agopuntura e nei fenomeni del tipo *drum and dance*.

Nella "Banca Dati Etnomedica" del Dipartimento di Scienze Antropologiche dell'Università degli Studi di Genova (Guerci 1995-2000) abbiamo inventariato diverse migliaia di sostanze impiegate da numerose popolazioni del mondo (inclusi i popoli occidentali industrializzati) allo scopo di alleviare il dolore. Risulta che il "farmaco" maggiormente impiegato al mondo è la preghiera (oracion, ensalmo, benzedura, mantra, price,), seguono il pollo e l'acido salicilico.

Ma i farmaci empirici elaborati dalle culture tradizionali sono innumerevoli, apparentemente assai diversi e talora, agli occhi della medicina occidentale, "irriducibili", sia fra loro che rispetto alla logica biomedica. Nondimeno identica è la razionalità che agisce in ciascuna cultura nella scelta del medicamento contro il dolore.

È motivo di riflessione la constatazione che talune delle piante utilizzate contro il dolore contengono principi, per esempio la *cumarina*, attivi della circolazione e che applicati esternamente rafforzano l'iperemia e la infiammazione : un energico trattamento con il calore. Altre sostanze, come la *capsaicina* contenuta nei peperoncini, se ingerite provocano dolore, quindi produzione di endorfine e conseguentemente uno stato di benessere, sollievo ed euforia.

Con ulteriore dolore si allevia il dolore stesso.

Mineraloterapia, fitoterapia, zooterapia, versoterapia, danzoterapia, meloterapia, osmicoterapia, cromoterapia, etc., rappresentano l'armamentario del medico tradizionale per lenire il dolore.

Anche le danze possono svolgere un'azione profilattica, curativa o analgesica. All'atto puramente simbolico s'accompagnano spesso reali effetti. Il solo movimento fisico aumenta la formazione di adrenalina ed endorfina ; la prima provoca l'aumento degli acidi grassi e delle scorie nocive del sangue, ma oltre certi limiti l'incremento eccessivo dell'ormone può scatenare eccitabilità e aggressività collettiva. Ecco spiegata l'utilità della danza prima di un attacco guerresco, o di una spedizione di caccia, o la lotta, o l'intervento chirurgico (Scarpa, 1988).

Non desideriamo certamente, in così breve tempo, né esaurire l'argomento, né prospettare un quadro dei differenti adattamenti bio-culturali al dolore o delle relative terapie antalgiche ; abbiamo voluto soltanto, attraverso qualche esempio, stimolare la curiosità che dovrebbe animare ogni ricercatore al fine di aprire orizzonti che un domani potrebbero dimostrarsi assai ricchi d'informazioni non solamente antropologiche, bensì mediche, terapeutiche, profilattiche, farmacognostiche. L'ambiente medico è ancora molto scettico sull'importanza dell'etnomedicina e nei confronti di idee nuove, sporadicamente esplorate, ma già ricchissime di promesse scientifiche.

Riferimenti bibliografici

- BAER H.A., SINGER M. & SUSSER I., 1997. *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*. Westport (Connecticut), London: Bergin & Garvey.
- BAGROS P. & LE BRETON D., 1989. "Les émigraines". Interculturalité et anxiété à l'hôpital. *Le Journal des psychologues*, 73.
- BARBER T.X. & HAHN K.W., 1962. Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically suggested and waking-imagined "analgesia". *Journal of abnormal and social psychology*, 65.
- BAUDRILLARD Jean, 1976. *Lo scambio simbolico e la morte*. Milano: Feltrinelli, 1990.
- BEECHER H.K., 1975. *Quantification of the subjective pain*. In: Weisenberg M. (ed), 1975. *Pain: clinical and experimental perspectives*. Mosby, S. Louis, USA.
- BLANCHOD F., 1946. *Les mœurs étranges de l'Afrique Noire*. Lausanne: Payot.
- BOBEY M.J. & DAVIDSON P.O., 1970. Psychological factors affecting pain tolerance. *Journal of Psychosom.*, 14.
- CALLINICOS Alex, 1989. *Against postmodernism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CLARK W.C. & CLARK S.B., 1980. Pain responses in nepalese porters. *Science*, 209.
- DAVITZ L.J., SAMESHIMA Y. & DAVITZ J., 1976. Suffering as viewed in six different cultures. *American Journal of Nursing*, 76.
- Einaudi editore, 1982. *Enciclopedia Einaudi*. Vol. I-XV. Torino: Einaudi, 1982.
- ELIAS Norbert, 1982 e 1985. *La solitudine del morente*. Bologna: Il Mulino, 1985.
- Enciclopedia Garzanti di Filosofia*. Milano: Garzanti, 1981.
- Enciclopedia Italiana di scienze lettere e arti*. 1949. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana, fondata da Giovanni Treccani, 1949.

- Encyclopædia Britannica, 1979. *The New Encyclopædia Britannica. Macropædia / Micropædia*. 15th ed. London: Encyclopædia Britannica, Inc.
- Encyclopædia Universalis*. 1990. Paris: Encyclopædia Universalis France, 1990.
- EVANS F.J., 1974. *The placebo response in pain reduction*. In: Bonica J.J. (ed), 1974. *Advances in neurology* (Vol. 4). Intern. Symposium on pain. Raven, New York.
- FAO-OMS, (1962). *Besoin en calcium*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- FIELDS H., 1988. Sources of variability in the sensation of pain. *Pain*, 33.
- GIORELLO G., 1997. In: Preti P.P., 1997. Quando la scienza non basta più. *Notiziario A.I.R.C.*, XXV (1): 16-17.
- GRAMPA G., 1997. In: Preti P.P., 1997. Quando la scienza non basta più. *Notiziario A.I.R.C.*, XXV (1): 16-17.
- Grande Dizionario Enciclopedico*. 1986. 4 ed. Torino: UTET, 1986.
- GUERCI A., 1995-2000. Banca Dati del Di.S.A.-G.R.A.M.E. (Gruppo di Ricerca in Antropologia Medica ed Etnomedicina), Genova.
- GUERCI A., 1998. An anthropological approach to pain. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 5 (supl. 1, 19).
- HARDY J.D., WOLFF H.G. & GOODELL H., 1952. *Pain sensation and reactions*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- HARVEY David, 1989. *The condition of postmodernity*. Oxford.
- HASLAM D.R., 1967. Individual differences in pain threshold and level of arousal. *British Journal of Psychology*, 58.
- JAMESON Fredric, 1991. *Postmodernism, or, The cultural logic of late capitalism*. Duhram.
- KLEINMANN A., 1988. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basicbooks.
- LABORIT H., 1983. *La colombe assassinée*. Paris: Grasset.
- LAMBERT W.E., LIBMAN E. & POSER E.G., 1960. The effect of increased salience of membership group on pain tolerance. *Journal of personality*, 28.
- LE BRETON David, 1995. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.
- LERICHE R., 1937. *La chirurgie de la douleur*. Paris: Masson.
- LEWONTIN Richard, 1987. *La diversità umana*. Bologna: Zanichelli.
- LEWONTIN Richard, 1991. *Biologia come ideologia. La dottrina del DNA*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- LIPTON J.-A. & MARBACH J.J., 1984. Ethnicity and the pain experience. *Social Science and Medicine*, 19.
- LYOTARD Jean-François, 1979. *La condition postmoderne*. Paris: Éditions de Minuit. Tr. it. *La condizione postmoderna*. Milano: Feltrinelli, 1991.
- MELZACK R. & WALL P., 1982. *Le défi de la douleur*. Paris: Vigot, 1989.
- MELZACK R., 1973. *The puzzle of pain*. Basic Books Inc.

- Nuova Enciclopedia Universale Rizzoli Larousse*. 1989. Milano: R.C.S. Rizzoli, 1989.
- RENAUD J., 1982. La soumission diminue la douleur. *Science et Vie*, CXXXI (774).
- REY Roselyne, 1993. *Histoire de la douleur*. Paris: Éditions de la Découverte.
- ROSSI Paolo, 1996. *Dizionario di filosofia*. Scandicci (Firenze): La Nuova Italia.
- SAPIR E., 1967. *Psychiatrie, culture et salaire minimum*. Paris: Anthropologie.
- SCARPA Antonio, 1980. *Etnomedicina*. Milano: Lucisano.
- SCARPA Antonio, 1988. *Etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*. Como: Red edizioni.
- SHAKESPEARE William, 1598. *Much ado about nothing*. In SHAKESPEARE William, *Le commedie romantiche*. A cura di Giorgio Melchiori. Milano: Mondadori, 1982.
- THOMAS L.V., 1975. *Antropologia della morte*. Milano: Garzanti, 1976.
- ULRICH R.S., 1984. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224.
- VECA Salvatore, 1997. In: Preti P.P., 1997. Quando la scienza non basta più. *Notiziario A.I.R.C.*, XXV (1): 16-17.
- VIOLON A., 1992. *La douleur rebelle*. Paris: Desclée de Brouwer.
- WILLIAMS Raymond, 1980. *Problems in materialism and culture*. London: 1980.
- WILLIAMS Raymond, 1981. *Culture*. London: 1981.
- ZBOROWSKI M., 1952. Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*, 8 (4).
- ZOLA I.K., 1996. Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31.

Questo documento è pubblicato sotto licenza **Creative Commons Attribuzione-Non commerciale 2.5**; può pertanto essere liberamente riprodotto, distribuito, comunicato al pubblico e modificato; la paternità dell'opera dev'essere attribuita nei modi indicati; non può essere usata per fini commerciali. I dettagli legali della licenza sono consultabili alla pagina <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/deed.it>

