

Antropologia del dolore

Antonio GUERCI, Stefania CONSIGLIERE

DiSA - Dipartimento di Scienze Antropologiche
Università degli Studi di Genova

Autore per la corrispondenza:

Antonio Guerci
DiSA - Dipartimento di Scienze Antropologiche
Università degli Studi di Genova
via Balbi 4 – 16126 Genova (Italia)
tel. e fax: 010-2092987
email: antonio.guerci@unige.it

La riduzione naturalistica

Trattando di qualsiasi fenomeno che riguardi gli esseri umani, la prima indispensabile cautela da adottare consiste nel non dare per scontato che quanto si vede attorno a noi coincida con l'intero di quanto si può vedere, che l'atteggiamento occidentale nei confronti delle cose sia l'unico possibile. La cultura occidentale attuale, per quanto egemone a livello globale, è solo una delle tante: il modo in cui costruisce gli individui e le relazioni che intrattiene col resto del mondo sono tanto particolari quanto quelli di qualsiasi altra. Solo a partire da questa preliminare relativizzazione è possibile procedere all'osservazione di quanto accade attorno a noi e provare a spiegarne le ragioni; ed è solo a partire da questa consapevolezza che è possibile tornare a pensare, senza rimossi, le ragioni stesse dell'universalismo occidentale e dell'impresa conoscitiva della scienza.

Da diversi decenni, in ossequio a questo precetto, l'antropologia – e più in particolare, per quanto ci riguarda in questo contesto, l'antropologia medica – ha rivolto il proprio sguardo e i propri strumenti critici non più solo verso l'esterno, ai «sistemi degli altri», ma anche verso l'interno, al nostro modo occidentale di stare al mondo, praticando un confronto sistematico e raffinato fra la tradizione occidentale e le altre (1).

Per quanto attiene al dolore, l'evidenza prioritaria che da questo punto d'osservazione si rileva è a prima vista sorprendente: l'Occidente contemporaneo opera oggi una rimozione pressoché totale del dolore. Nella nostra cultura, tendenzialmente, il dolore non si dice; non si condivide; non si mostra; viene gestito in spazi appositi, isolati dal contesto circostante; ed è reputato del tutto inutile, un sinistro regalo della natura, qualcosa di cui sbarazzarsi quanto prima possibile. Esso è rimosso dall'esperienza quotidiana, dalla coscienza individuale e, in generale, anche dai sistemi teorici che stanno alla base delle discipline scientifiche e sociali. Perfino la filosofia dell'ultimo secolo ha abbandonato (con poche eccezioni) qualsiasi tentativo di dare senso e

voce al dolore, preferendo orientarsi verso l'epistemologia, l'ontologia e l'etica formale (2). In Occidente, insomma, il dolore è un *oggetto privo di senso*.

Se l'assenza di un discorso articolato sul dolore coincidesse con la scomparsa, o comunque una forte riduzione, del fenomeno, ci sarebbe molto di cui rallegrarsi. Ma le cose non stanno così; due elementi che, con particolare evidenza, segnalano che si tratta di una *rimozione* e non di un *superamento* sono la diffusione del male mentale (che ha preso in questi anni la forma prevalente della depressione) e la contemporanea assenza di qualsiasi riflessione sul piacere. La coppia percettiva fondamentale è ovunque velata di silenzio.

Il meccanismo fondamentale di questa rimozione è forse da ricercarsi nella naturalizzazione del dolore. Nelle riflessioni che seguono ci concentreremo sul dolore che rappresenta, in ambito clinico, un nodo problematico. Nel far questo siamo tuttavia coscienti di tradire una delle istanze più radicali dell'antropologia e della stessa fisiologia: l'*anthropos* non è infatti il cadavere adagiato sul tavolo anatomico, ma il soggetto vivo, inserito in un contesto, capace di scelta, di adattamento, di soggettivazione.

Nella sua versione naturalizzata, il dolore è del tutto astratto dalla trama culturale e considerato come fenomeno primo, a se stante, indipendente dalle condizioni circostanti, universale e univocamente quantificabile. Il dolore e la sua esperienza sarebbero insomma determinati dalla costituzione stessa del generico «corpo umano». Questo approccio è stato storicamente della massima importanza all'epoca in cui era necessario strappare l'esperienza del dolore dall'orizzonte religioso, che lo legge come punizione divina o come prova da superare con rassegnazione, e trovare molecole efficaci per contrastarne la potenza. L'esito di questo movimento può difficilmente essere sovrastimato: il rapporto col dolore degli occidentali contemporanei discende infatti per via diretta dall'efficacia e dalla facile disponibilità di antalgici (per rendersene conto basta pensare alla modificazione nella costellazione delle virtù personali, che oggi non include più la capacità di resistere al dolore che era invece un tratto fondamentale per le generazioni dei secoli passati).

Questo stesso approccio perde tuttavia in capacità esplicativa nel momento in cui, facendo esclusivo riferimento all'efficacia degli antalgici di sintesi, proietta sul dolore le qualità universali e astratte che sono della molecola, insistendo al contempo nel separare il dolore dalla trama culturale entro cui esso acquista senso. Il fisiologo vorrebbe separare il dolore dal mondo allo stesso modo in cui il fisico classico separa i propri oggetti dalle circostanze normali per studiarli nelle loro proprietà *intrinseche, universali, astratte* (3): questo tuttavia nel caso del dolore non è concesso. Se, infatti, l'aspirina può agire con eguale efficacia sulla nevralgia del manager stressato come sul mal di testa del pastore transumante, nulla autorizza a inferire che i meccanismi che stanno alla base dei due dolori siano analoghi né che i due soggetti doloranti abbiano assunto la molecola alla stregua di un «principio disincarnato», al di fuori di una rete di senso che ne specifica l'azione e la portata.

Ma non basta: la naturalizzazione del dolore fa parte di un paradigma più ampio, che ha radici storiche precise e che oggi sopravvive nonostante la sua insufficienza sia diventata da più parti evidente. Basta un breve excursus nei vocabolari per accorgersi che esistono in Occidente

pochissimi termini per definire il dolore: rispetto a tutti gli altri lessici riferiti a sensazioni o a emozioni, quello del dolore è di una povertà sconcertante (4). Perfino in ambito medico, dove pure una sistematica precisa delle modalità di dolore sarebbe estremamente utile, si è andati poco al di là di una scala quantitativa. Le poche parole a disposizione sono poi tutte caricate di un'opposizione concettuale tipica, ed estremamente resistente: quella fra il dolore fisico e quello spirituale. Definitivamente perduta a inizio Novecento l'antica associazione del dolore al male, alla colpa e all'espiazione, l'unica griglia semantica disponibile alla contemporaneità per leggere l'esperienza del dolore distingue solo il dolore del corpo dalla sofferenza dell'anima (5). Esistono quindi, secondo l'Occidente attuale, due sole modalità fondamentali di dolore: fisico e spirituale. Il primo è attivato dalla risposta di particolari recettori a modificazioni dell'ambiente esterno o interno al corpo fisico del soggetto; il secondo è causato dall'impatto sulla sua mente di eventi gravi e ineluttabili. Il debito (cosciente e incosciente) verso Cartesio è ancora abissale.

Non si tratta, qui, di prendere parte pro o contro tale opposizione, ma semplicemente di segnalare e di indagarla: essa è talmente radicata nella mentalità occidentale che è quasi impossibile riuscire ad aggirarla completamente (la stessa medicina psicosomatica, che ha il merito di aver intuito precocemente che la partizione fra *fisico* e *spirituale* è, per molti aspetti, eccessiva, non ha fatto poi che riproporla *all'interno* dello stesso concetto di «psicosomatico»). Questa partizione pone oggi, nel complesso, più problemi di quanti contribuisca a sciogliere anche nello stesso ambito clinico, dove l'esigenza di superarla è stata variamente espressa dal personale medico e, più in generale, dagli «operatori della salute». La direzione in cui ci si è mossi, tuttavia, è ben diversa da quanto ci si poteva attendere.

Invece di un reale superamento della partizione fra dolore fisico e dolore spirituale attraverso l'uso di una griglia semantica più raffinata, o semplicemente diversa, ci troviamo oggi di fronte a una sorta di «collasso cartesiano», che riduce tutto il dolore a un solo polo: quello fisico. Lungi dallo sviluppare strumenti più potenti per l'analisi delle diverse forme di dolore, la tendenza è oggi quella di descrivere anche i dolori dell'anima col vocabolario, le metafore e i criteri dei dolori del corpo. Ne deriva una sorta di monismo, fortemente riduzionista e monolitico, che tutto sommato sembra ancora più inadeguato del vecchio dualismo a descrivere un'esperienza tanto complessa quale quella del dolore. La ricerca, insomma, si è orientata verso la scoperta di precise cause fisiche esaustive anche per i dolori dell'anima, riducendo così il vivere umano (e i suoi realissimi effetti sulla materia di cui siamo fatti) a una mera questione di funzionamento macchinico.

Rimedi a un problema universale

Mentre in Occidente si assiste a un'imponente rimozione del dolore, presso diverse società non occidentali si registrano fenomeni culturali che sembrano invece avere a che fare con un preciso *addestramento* al dolore. Un'interpretazione globale, e azzardata, viene subito alla mente: il silenzio d'occidente corrisponde ai miglioramenti farmacologici nella cura del dolore, mentre l'addestramento del resto del mondo fa seguito alla necessità imprescindibile della sopportazione.

Oltreché semplicistica, quest'ipotesi è sbagliata. Dal punto di vista antropologico è un errore pensare che l'educazione alla sopportazione sia l'unica risposta, o la risposta principale, che le società umane hanno dato al dolore. Come fenomeno universale, il dolore ha innescato in modo altrettanto universale l'elaborazione di agenti in grado di lenirlo o, meglio ancora, di eliminarlo. Pertanto, se i successi della biomedicina permettono oggi agli occidentali di rimuovere in larga parte il dolore (fisico) dal loro campo visivo, questo non significa affatto che altrove o in altri tempi non siano stati elaborati rimedi al dolore precisi, efficaci e puntuali. In breve, non bisogna confondere il successo tecnico con la primogenitura.

Le medicine tradizionali di tutto il mondo hanno elaborato innumerevoli tecniche e farmaci contro il dolore. Per capire di cosa si tratta e per comprenderne l'efficacia occorre però una cautela. Secondo un ragionamento assai diffuso, e che si vorrebbe scientifico, nello studio delle cure tradizionali è necessario separare i farmaci "veri", empirici, sperimentali, dalla cialtroneria delle pratiche magiche e dei riti; ovvero, è necessario distinguere la molecola dal contesto in cui essa viene impiegata. Ora, se una distinzione può – e deve – essere fatta fra la molecola e il contesto, è solo in vista dell'*esportabilità* della prima, e cioè della sua applicazione come farmaco per popolazioni diverse da quella che, prima, ha utilizzato *quella* cura per *quella* malattia. Evidentemente, una molecola agisce in Tibet come in Francia, un contesto (e tanto meno un rito) no. Oltre a ciò occorre poi aggiungere che il funzionamento di una qualsiasi molecola non avviene mai *in astratto*, poiché dappertutto esso è innestato all'interno di una rete di senso, di un contesto, di un rito particolare.

La razionalità (nella sua accezione più semplice di *adeguamento dei mezzi ai fini*) ha una portata più ampia della scientificità (la quale, per sua parte, riposa su precisi criteri di verificabilità e delimita, quindi, un campo di razionalità riproducibile e condivisibile). Nella ricerca medico-antropologica è quindi opportuno non separare artificialmente la molecola dal contesto (o, in versione riduzionista, le cure "buone", esportabili, e quelle "cattive", rituali), e fare invece riferimento a un concetto più ampio, che permette di leggere le «cure degli altri» senza svilirle e senza lasciarsene sfuggire la razionalità: quello di *rimedio*. I rimedi possono essere indagati come plessi unitari entro cui convergono elementi diversi, tutti potenzialmente o fattivamente rilevanti.

In quest'ottica, è da considerarsi rimedio contro il dolore qualsiasi pratica terapeutica (empirica, farmacologica, rituale, magico-religiosa, etc.) che permetta, attraverso l'azione su qualsivoglia meccanismo (fisiologico, psicologico, sociale ecc.), di alleviare o eliminare il dolore accusato dal soggetto che si è rivolto al curatore. La sfida, per l'antropologia medica, è di riuscire a rendere ragione della razionalità terapeutica di pratiche apparentemente irriducibili alle categorie della biomedicina senza cadere nel gioco facile dell'effetto placebo. Oltre ad apprezzare la razionalità altrui, su questa strada si può anche arrivare a istituire un confronto fra i diversi contesti entro cui la cura ha luogo e non è detto che, fra le pieghe di tanta razionalità scientifica, l'occidentale non abbia qualche sorpresa. Si può scoprire, ad esempio, che cittadini delle metropoli d'occidente hanno tanto bisogno di rito quanto gruppi più sperduti di cacciatori-raccoglitori: esso si manifesta, anziché in forma di balli o di invocazioni, come abbinamento di camice bianco e stetoscopio; come sequenza delle domande dell'anamnesi e dei movimenti della visita; come

arredamento dei gabinetti medici; come scadenza oraria (pre o post-prandiale, ad esempio) dell'assunzione della molecola; e così via.

I rimedi *empirici* contro il dolore provengono per la maggior parte dall'habitat circostante la cultura che li elabora. Le strategie terapeutiche riflettono accuratamente le caratteristiche climatiche, pedologiche, fitogeografiche e faunistiche – oltre, naturalmente, le peculiari tipologie culturali e socio-strutturali (6). I farmaci elaborati dalle culture tradizionali sono innumerevoli, anche in virtù dell'enorme numero di piante (ma anche di animali e di minerali) utilizzato: la varietà dei rimedi contro il dolore è paragonabile solo all'universalità della sofferenza stessa. Vediamo, rapsodicamente, qualche esempio, a mero titolo indiziario.

Fra le piante tradizionalmente adoperate come antalgici, molte contengono principi (quali la *cumarina*) che, in applicazione esterna, causano iperemia e infiammazione, attivando quindi la circolazione; altre (quali la capsaicina contenuta nei peperoncini) provocano, quando ingerite, un vero e proprio dolore, stimolando quindi la produzione di endorfine. Queste, a loro volta, inducono uno stato di benessere, sollievo ed euforia. L'efficacia di questi principi antidolorifici risiede nella loro capacità di provocare un dolore di tipo differente, meglio controllabile e dagli effetti differenti.

Una famiglia di piante utilizzate in modo sostanzialmente convergente presso tutte le popolazioni per lenire il dolore è quella delle Solanaceae, il cui stesso nome (che deriva da *solamen*, sollievo) testimonia dell'azione antalgica di belladonna, mandragora, giusquiamo, stramonio, dulcamara e morella. In questo come in altri casi, la convergenza terapeutica è molto più che una curiosità etnologica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ammette che, nella maggior parte dei casi, i rimedi tradizionali sono sicuri, specie se somministrati da terapeuti ben addestrati e se lo stesso rimedio risulta essere usato alla stessa maniera da popolazioni diverse e non in contatto fra loro. Si consideri inoltre che, sempre secondo le linee guida dell'OMS, laddove la sperimentazione chimico-clinica sulle molecole, condotta secondo i parametri biomedici, non sia disponibile, si può fare affidamento sull'uso tradizionale: la *Dottrina della Sicurezza Ragionevole* sostiene che un uso tradizionale, protratto per millenni in differenti contesti culturali, possa essere considerato sufficiente garanzia di efficacia e sicurezza per il suo impiego (7); in assenza di uso tradizionale si deve invece seguire la stessa legislazione che si applica ai farmaci. Secondo la massima autorità mondiale sulla salute, insomma, la sperimentazione è avvenuta anche attraverso secoli di applicazione empirica che possono testimoniare un segnale tangibile di efficacia.

Il pepe di Cayenna (*Capsicum annum*) è ampiamente utilizzato nella medicina tradizionale dell'America del Sud. È stato sperimentato nel *delirium tremens*, nelle sindromi maniacali, nella polmonite degli alcolizzati, nelle gastriti, nelle febbri intermittenti e nel trattamento delle emorroidi.

Il veleno del rospo (*Bufo vulgaris*), ampiamente utilizzato da diverse medicine tradizionali, contiene due principi attivi: la bufotalina e la bufotenina. La bufotalina ha un'azione simile a quella della digitale, della uabaina, dell'*Adonis vernalis* e dell'adrenalina, e agisce sul cuore. La bufotenina, invece, agisce sul sistema nervoso e, secondo la dose, può essere tanto

convulsivante che paralizzante; essa ha inoltre spiccata azione analgesica ed è stata usata con successo nei dolori dei cancerosi, nelle artriti, nei pruriti e nell'epilessia.

L'*alilo*, che fa parte della medicina tradizionale del Togo, è una terra edule usata per alleviare i dolori di ventre. In Madagascar per calmare il dolore delle carie si introduce nel dente guasto un sale, detto *shirazo*, ottenuto da un legno particolare. Nella medicina araba si fa ampio uso dell'assafetida, la gommoresina che si ricava dal rizoma della *Ferula communis*, come diuretico, emmenagogo e antalgico; si ritiene che calmi i dolori di ogni genere, specie quelli causati dalle morsicature di serpente.

Nella medicina tradizionale della Thailandia esiste uno strumento, il Kroang Raksa Puat Langh, che viene impiegato nella cura dei dolori di schiena. Consiste di due cunei in legno, attaccati fra loro, che devono essere posti sotto un sottile materasso. Il paziente si stende supino sopra l'apparecchio in corrispondenza della colonna vertebrale: la scomodità della posizione lo induce a fare continui movimenti di lateralità, che si traducono in una specie di massaggio e, anche, in una forma efficace di ginnastica (8).

Un'altra varietà di pratiche tradizionali fortemente connessa alla ricerca di principi antalgici è quella legata alle sostanze in grado di modificare gli stati di coscienza. In generale, per la gran parte delle popolazioni umane l'utilizzo di droghe antalgiche, anestetiche, narcotiche o allucinogene risale a epoche lontanissime e rientra nel costume tradizionale. L'uso culturale delle sostanze prevede una codifica sociale complessa e raffinata di come impiegarle, in quali circostanze, con chi, e comporta sempre un preciso itinerario di accompagnamento – l'esatto opposto, quindi, di quanto avviene nell'abuso tossicomano. Per rendersi conto della varietà delle droghe utilizzate, si può pensare alla coca dell'America del sud, o all'oppio, diffusissimo in Europa e in Asia nel secolo scorso; ma anche, e forse in modo ancor più interessante, alle sostanze che il *brujo* messicano ottiene dalla *Psilocybe*; al *vinho de Jurema* che i Pankararùs del Brasile ottengono dalle radici della *Mimosa hostilis*; ai *frijolitos* che gli indiani del Messico preparano con i semi rossi della *Sophora secundiflora*; all'uso della *Banisteriopsis caapi* nell'Est della Colombia, in Ecuador, Perù e Bolivia; al peyote (*Lophophora williamsii*) e al San Pedro (*Trichocereus pachanoi*) del Perù; e ancora, in base alle notizie storiche, alla *Salvia divinorum* degli Aztechi, alla soma (pianta non identificata, forse l'*Amanita muscaria*) degli antichi Aarii conquistatori della valle dell'Indo; alla belladonna (*Atropa belladonna*), al giusquiamo (*Hyoscyamus niger*), allo stramonio (*Datura stramonium*), all'*Anadenanthera peregrina*, alla *Viola calophylla*, alla *Rivea corymbosa* (*ololyuqui* in Nahuatl), e così via.

I rimedi interamente ritualistici (ovvero, quelli che non impiegano principi attivi nel senso della medicina occidentale) invece, proprio per via delle cautele esplicitate sopra, devono innanzi tutto essere contestualizzati, poiché è solo all'interno di un preciso contesto di credenze – sia esso extraoccidentale o insediato nel cuore delle stesse metropoli terziarizzate – che le pratiche hanno un senso. Vale la pena di rileggere Mauss: «Il mondo magico è popolato dalle attese successive delle generazioni, dalle loro illusioni tenaci, dalle loro speranze concretizzate in ricette. Esso, in fondo, è soltanto questo, ma è proprio ciò che gli conferisce una obiettività di gran lunga superiore di quella che avrebbe, se fosse solo un tessuto di false idee individuali, una scienza primitiva e aberrante.» (9)

In altre parole, ciò che comunemente è detto «magia» è l'effetto delle credenze di una comunità; quanto queste credenze, e le attese a esse collegate, possano essere fisicamente efficaci è noto da numerosi studi antropologici. Secondo Nathan e Stengers (10), niente vi è di magico in un rito "magico": si tratta piuttosto di un preciso tecnicismo, di una particolare successione di gesti, atteggiamenti, strumenti prodotti dal terapeuta, che devono essere percepiti, in precisa sequenza, dal paziente, perché l'effetto ricercato possa aver luogo.

Molti dei riti tradizionali o popolari hanno una precisa valenza antalgica. L'effetto antidolorifico non è qui quello primariamente ricercato, né, probabilmente, viene consapevolmente perseguito; nondimeno, la struttura stessa delle funzioni rituali induce nei partecipanti modificazioni che vale la pena di vedere più da vicino.

In molti riti tradizionali, coloro che vi prendono parte vanno incontro a una serie preordinata di stress e shock: la sequenza e i tempi hanno pertanto un'importanza primaria. L'ambiente che si crea nei luoghi rituali è ideale per ottenere un innalzamento della tensione psichica: l'implicita o esplicita sacralità del posto; la temperatura; l'aria satura di anidride carbonica per la presenza di numerose persone; i ceri, coi loro effetti di luce; l'odore dell'incenso o di altri aromi rituali, non a caso sempre piuttosto forti; le litanie, col loro andamento monotonale e suadente; i colori dei paramenti; l'evidente cerimonialità dei gesti, delle parole e della situazione. Non è da escludere che la situazione emotiva in cui si trovano i fedeli possa agire a livello encefalico, determinando una modulazione di altissimo livello nella catena della percezione del dolore, attraverso il rilascio di serotonina ed endorfine, capaci di agire come antidolorifici.

Meccanismi analoghi, e di più facile leggibilità per la mentalità occidentale, stanno alla base dell'efficacia delle danze rituali: il movimento fisico aumenta infatti la produzione di adrenalina e di endorfine, ciò che a sua volta fa sì che siano meno percepiti (e meno percepibili) il dolore e la stanchezza fisica delle battaglie, delle spedizioni di caccia o degli interventi chirurgici che alle danze di solito fanno seguito (11).

Il senso del mondo: il dolore come esito di una storia

Torniamo ora, per concludere, a quello stesso occidente dal quale siamo partiti. Contro il collasso cartesiano e l'interpretazione del dolore come invariante naturale esiste, nelle pieghe stesse della ricerca scientifica, una ricca serie di studi che dimostrano esaurientemente la connessione fra la percezione del dolore e l'antropogenesi, ovvero il processo con cui le diverse culture formano umani compatibili con esse. Questa «culturalità» del dolore, poco visibile dall'interno di ciascuna società, diventa invece palese nelle situazioni di transizione, nel confronto e nella comparazione (12, 13). Vediamo qualche esempio.

L'*abitudine* è in grado di modificare la risposta al dolore; ripetuti e poco intensi stimoli dolorosi, o comunque stressanti, facilitano l'emissione di morfina cerebrali più di un unico stimolo molto intenso: gli shock intermittenti conterrebbero implicitamente il messaggio di una breve durata. La 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.

Un'inchiesta condotta su 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 (14). In Francia, donne di origine africana accusano talora, durante le mestruazioni o in occasione di rapporti sessuali, dolori fino a quel momento sconosciuti (11); è possibile che le nuove condizioni di vita nel paese ospite, la situazione di stress e la modificazione della stessa condizione femminile rispetto al paese d'origine abbassino la soglia del dolore individuale, o inducano alla percezione di dolori «nuovi».

Un'influenza notevole è esercitata dalla cultura religiosa (3, 15). Lambert e collaboratori hanno misurato la soglia dolorifica in funzione della religione di appartenenza, valutandola due volte in due gruppi di studenti ebrei e protestanti. La prima volta lo studio venne presentato ai volontari come mera valutazione della resistenza individuale: i due gruppi risultarono parimenti resistenti. La seconda volta, invece, l'esperimento fu presentato come valutazione delle differenze religiose nella resistenza al dolore: mentre fra gli studenti protestanti le prestazioni risultarono invariate, quelle degli studenti ebrei aumentarono in modo significativo (16).

Un buon indicatore dell'atteggiamento culturale nei confronti del dolore è rappresentato dalla quantità di antalgici prescritti. Per molto tempo i medici di tradizione cattolica, rispetto a quelli di tradizione protestante, hanno prescritto ai loro pazienti terminali deboli dosi di morfina, e differenze di questo genere si riscontrano ancora nelle statistiche farmacologiche nazionali europee.

Il dolore in sé e le sue implicazioni suscitano, a seconda delle diverse culture, differenti soglie di preoccupazione. Un confronto fra un gruppo di italo-americani e un gruppo di ebrei statunitensi ha mostrato che mentre i primi erano maggiormente coinvolti nella paura per la sola sintomatologia, i secondi temevano soprattutto le conseguenze occupazionali ed economiche (17, 18). Ma non è solo questione di cultura di appartenenza: nella variabilità dell'esperienza del dolore giocano innumerevoli fattori. L'età, il sesso, l'ambiente immediatamente circostante, gli accidenti biografici e di carattere, ma anche la volontà, la concentrazione, la tenuta della rete sociale possono condurre a esiti assai diversi.

Il modo in cui i malati assumono e superano la loro condizione può essere modificato dall'*ambiente fisico* circostante. Ulrich (19) ha condotto uno studio sul decorso ospedaliero di 69 pazienti operati di cistifellea: quelli la cui camera si apriva su un parco con alberi hanno consumato due volte meno analgesici e subito, in media, un giorno in meno di ospedalizzazione rispetto a quelli la cui finestra apriva su un muro di mattoni.

La *condizione emotiva* in cui si affrontano eventi dolorosi ne modifica la percezione in modo sostanziale. Particolarmente sconcertanti le osservazioni registrate negli ospedali militari siti nei fronti di guerra: un'altissima percentuale di soldati feriti gravemente in combattimento non sembrava sentire alcun dolore né al momento, né nei giorni successivi; durante la prima guerra mondiale i feriti ricoverati negli ospedali situati in prossimità del fronte chiedevano meno

analgesci rispetto ai feriti degli ospedali di retrovia (20). Questi dati sono immediatamente comparabili con quelli antropologici sull'*anestesia da combattimento*: nel furore della mischia il combattente non soffre all'istante per le ferite ricevute, ma soltanto in un secondo tempo, che può essere anche alquanto differito (21, 22). Di converso, l'ansietà abbassa la soglia della percezione dolorifica, cosicché gli introversi avvertono il dolore prima degli estroversi (23).

Tutto ciò sta a significare che il dolore non è solo fisiologia ma è anche cultura; e, in ultima analisi, che la stessa fisiologia non è un dato invariante, una costante di natura, ma un *modus* specifico, legato a una storia collettiva e individuale. Se il dolore (assieme al piacere) è una delle due tonalità fondamentali con cui si *sente* il mondo, occorre concludere che anch'esso, come tutto ciò che è umano, è innanzi tutto *l'esito di una storia*.

Nell'*Etica nicomachea* Aristotele asserisce che, secondo i fisiologi della sua epoca, l'essere vivente è in perpetuo travaglio: dal momento che il meccanismo stesso della percezione si basa sull'affezione dolorosa, la mera percezione – che nell'animale è continuamente attiva – porrebbe il vivente in uno stato di continuo, seppur leggero, dolore. Il dolore sarebbe pertanto la manifestazione prima, e primaria, della vita stessa. L'intuizione è importante, e merita di essere indagata.

Nella prospettiva dell'evoluzione delle specie il dolore si presenta, in prima istanza, come meccanismo di adattamento all'ambiente, come risposta evolutivamente pregnante a un'aggressione ambientale o a una situazione che mette a repentaglio le condizioni di sopravvivenza della specie. L'ambiente degli animali può essere pensato come una costellazione naturale, un ritaglio di contenuti percettivi possibili all'interno dei quali la specie è, per così dire, intrappolata: la gran parte delle specie animali sono isolate dentro le relazioni che sono fisiologicamente in grado di riconoscere e "abitare". Il «dolore evolutivo» è quindi una sorta di "grado zero" del dolore che agisce come segnale di stop, come delimitatore irriflesso e automatico della bolla ambientale in cui ciascuna specie si muove. Questa forma-base di dolore è anche meccanismo cognitivo primario: esso segnala all'organismo le zone impervie del suo ambiente, i limiti dello spazio sensoriale entro cui a quel vivente è concesso muoversi. In questo senso, il dolore è senz'altro, e primariamente, natura: i meccanismi fondamentali del dolore sono iscritti nella comune appartenenza biologica alla specie, le modalità di attivazione sono il risultato di un lungo percorso filogenetico. Questa prima e irrinunciabile «natura» ha tuttavia una valenza talmente ampia da includere qualsiasi specie dotata di un pur minimale apparato sensorio; si tratta insomma di una natura così generale da perdere qualsiasi possibilità esplicativa delle trame articolate del dolore umano.

Ciò è confermato, per cominciare, dalla stessa evoluzione dei meccanismi fisiologici del dolore. Mentre nei vertebrati più primitivi è presente solo il sistema del dolore lento, privo di organizzazione somatotopologica e mediato da fibre amieliniche di tipo C attivate da recettori polimodali, nei mammiferi superiori a questo si affianca il sistema del dolore veloce, mediato da fibre mieliniche di tipo A legate al sistema tattile e dotato di una precisa organizzazione somatotopologica. I due sistemi del dolore sono assai differenti sia dal punto di vista funzionale che da quello filogenetico: nei mammiferi superiori il dolore rapido passa per le medesime vie di un mezzo cognitivo importante come il tatto, diventando così un mezzo non già di *reazione* al

(come nel caso del dolore lento), ma di *esplorazione del* mondo. Oltre a ciò deve aggiungersi che, nei mammiferi superiori e in particolare nella nostra specie, esistono sofisticati meccanismi centrali di modulazione del dolore, che fanno dello stimolo in arrivo qualcosa di ben diverso da un semplice segnale di stop, rendendolo piuttosto simile a un flusso complesso di informazioni, che non richiede più il movimento irreflesso dell'avulsione ma una raffinata interpretazione cognitiva.

Negli esseri umani si riscontra un livello stabile, e per così dire fisiologico, di attivazione della soglia dolorifica: tuttavia, esso non esiste in natura ma solo nelle situazioni controllate ed emotivamente neutre di laboratorio. Non per questo la soglia è meno reale: essa si è infatti mostrata talmente stabile da risentire assai poco dell'effetto placebo, che risulta dieci volte più efficace per alleviare il dolore di tipo clinico rispetto a quello sperimentale (24). Il problema sostanziale, tuttavia, è un altro: come varia questa soglia quando dalle condizioni astratte e ideali del laboratorio i soggetti tornano a quelle, infinitamente ricche e mobili, della vita quotidiana? Quale senso viene attribuito al dolore nel contesto socio-culturale in cui essi si muovono (25)?

Gli esseri umani sono animali proverbialmente "nudi", privi di particolari specializzazioni ambientali e di nicchie ecologiche preferenziali: ciò che abitano non è tanto un ambiente particolare quanto un *mondo*, e cioè uno spazio percettivo assai ampio, non legato all'immediatezza della sopravvivenza, all'interno del quale è possibile ritagliare molti ambienti diversi. Gli esseri umani, e in misura inferiore anche altre specie di mammiferi, possono trascendere attraverso l'adattamento culturale qualsiasi specifico vincolo ambientale-fisiologico. Il dolore non marca quindi solo tanto (o comunque non solo) il limite di un ambiente particolare, bensì delimita le linee lungo le quali è possibile trasformare il mondo.

In laboratorio, a porte chiuse e lontani dal brusio del mondo, viene registrata la soglia di dolore della specie *Homo sapiens*; poiché, tuttavia, il processo di umanizzazione non comprende solo la filogenesi ma anche l'ontogenesi, tutto fa pensare che il dolore del signor X sia piuttosto diverso da quello dell'esemplare di *Homo sapiens* in laboratorio (26). Accanto e sopra al meccanismo fisiologico, la situazione umana fondamentale di *animale culturale* sviluppa durante l'ontogenesi degli individui una serie di apparati che fanno risuonare il dolore e lo incanalano secondo accenti e direzioni differenti. Il trillo del campanello d'allarme è dunque ampiamente modificabile nel tono, nella durata, nella sensibilità, nel volume: l'animale neocorticale cresce non solo al di sopra di quello corticale, ma anche al di là di esso, in un processo a feedback che, come tale, non può essere lineare.

Bibliografia

- (1) Baer HA, Singer M, Susser I. Medical anthropology and the world system. A critical perspective. Westport (Connecticut) & London: Bergin & Garvey, 1997
- (2) Elias N. La solitudine del morente. Bologna: Il Mulino, 1985

- (3) Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Métailié: Paris, 1995
- (4) Guerci A, Consigliere S. Il dolore tra biologia e cultura. *Soma* 2000; 2: 5-20
- (5) Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris: Éditions de la Découverte, 1993
- (6) Guerci A, Lupu F eds. *Healing, yesterday and today. Tomorrow?* Genova: Erga Multimedia, 1997
- (7) WHO / OMS. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: WHO/OMS, 2000
- (8) Scarpa A. *Itinerario per la visita al Museo di Etnomedicina*. Genova: Erga Edizioni, 1994
- (9) Mauss M, *Teoria generale della magia*. Torino: Einaudi, 1965 (cit. a p. 143).
- (10) Nathan T, Stengers I. *Médecins et sorciers*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 1995
- (11) Scarpa A. *Etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*. Como: Red edizioni, 1988
- (12) Davitz LJ, Sameshima Y, Davitz J. Suffering as viewed in six different cultures. *American Journal of Nursing* 1976; 76: 1296-7
- (13) Brena SF, Sanders SH, Motoyama H. American and Japanese low back pain patients: Crosscultural similarities and differences. *Clinical Journal of Pain* 1990; 6: 118-24
- (14) Clark WC, Clark SB. Pain responses in nepalese porters. *Science* 1980; 209: 410-2
- (15) Zola IK. Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review* 1966; 31: 615-630.
- (16) Lambert WE, Libman E, Poser EG. The effect of increased salience of membership group on pain tolerance. *Journal of personality* 1960; 28: 350-7
- (17) Zborowski M. Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues* 1952; 8: 16-32
- (18) Zborowski M. *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass, 1969
- (19) Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984; 224: 420-1
- (20) Melzack R. *The puzzle of pain*. Harmondsworth: Penguin, 1973
- (21) Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. *Pain sensation and reactions*. Williams and Wilkins: Baltimore, 1952
- (22) Bobey MJ, Davidson PO. Psychological factors affecting pain tolerance. *J. Psychosom. Res.* 1970; 14: 371-76
- (23) Haslam DR. Individual differences in pain threshold and level of arousal. *British Journal of Psychology* 1967; 58 : 139-142.
- (24) Beecher HK. Quantification of the subjective pain. In Weisenberg W ed. *Pain: clinical and experimental perspectives*. Mosby, S. Louis (USA), 1975
- (25) Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966
- (26) Fields H. Sources of variability in the sensation of pain. *Pain* 1988; 33: 195-200

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>

