

**David Le Breton**

**ANTROPOLOGIA  
DEL DOLORE**

... concessa da  
a Meltemi Editore  
www.nunziomassimotagliavia.it



MELTEMI

Edizione originale:  
*Anthropologie de la douleur*  
Copyright © 1995 Éditions Métailié, Paris

Traduzione di René Capovin

Copyright © 2007 Meltemi editore srl, Roma

ISBN 978-88-8353-552-9

È vietata la riproduzione, anche parziale,  
con qualsiasi mezzo effettuata compresa la fotocopia,  
anche a uso interno o didattico, non autorizzata.

Meltemi editore  
via Merulana, 38 – 00185 Roma  
tel. 06 4741063 – fax 06 4741407  
info@meltemieditore.it  
www.meltemieditore.it

## Indice

p.	9	<b>Introduzione</b>
21		Capitolo primo <b>Esperienze del dolore</b>
21		Esperienze del dolore
24		Forme del dolore
35		L'incomunicabile
43		Capitolo secondo <b>Aspetti antropologici del dolore</b>
43		Ambivalenza del dolore
55		Dell'efficacia simbolica
64		Dimensioni simboliche del dolore: l'effetto placebo
74		Il controllo personale
79		Capitolo terzo <b>Giobbe ovvero la ricerca di significato</b>
79		Il dolore e il male: dalla Bibbia al Corano
97		Il dolore meritato delle spiritualità orientali
101		Il dolore come morale

105 Capitolo quarto  
**La costruzione sociale del dolore**

- 105 La ritualizzazione del dolore  
110 Dati educativi  
115 Dati culturali  
127 Dati sociologici  
133 Pratiche mediche e culture  
136 Il contesto  
140 Dati personali  
144 La gestione sociale del dolore  
153 Il dolore come status sociale  
154 Note sul dolore sperimentale

159 Capitolo quinto  
**Modernità e dolore**

171 Capitolo sesto  
**Gli usi sociali del dolore**

- 171 L'offerta di dolore  
183 Il dolore per esistere  
189 Il dolore che educa  
195 Il dolore inflitto  
203 Il dolore deliberato della cultura sportiva  
207 Il dolore iniziatico  
216 Il dolore come apertura al mondo

221 **Postfazione, dieci anni dopo**

229 **Ringraziamenti**

231 **Bibliografia**

Selezioni a Melito di Portici  
www.nunziomassimotagliavia.it

Dunque, limitiamoci a occuparci del dolore. Concedo loro, e volentieri, che sia il peggior accidente della nostra esistenza; di fatto io sono un uomo che lo odia quant'altri mai, e quant'altri mai lo fugge, per non aver avuto finora, grazie a Dio, grandi rapporti con esso. Ma sta in noi, se non annullarlo, per lo meno diminuirlo con la pazienza e, quand'anche il corpo ne fosse scosso, mantenere tuttavia l'anima e la ragione ben salde.

Michel de Montaigne, *Saggi*, I, 14

## Introduzione

A seconda della loro storia personale e delle rispettive condizioni sociali e culturali, gli uomini reagiscono in maniera diversa a una stessa ferita o a un identico disturbo. La loro soglia di sensibilità non è la medesima. L'atteggiamento nei confronti del dolore non è mai fisso, è sempre in potenza, probabile ma non certo. Rivela talora resistenze insospettite o, inversamente, debolezze inattese, ma conosce anche la modulazione che accompagna le situazioni particolari. L'anatomia e la fisiologia non bastano a spiegare queste variazioni sociali, culturali, personali e anche contestuali. La relazione intima con il dolore dipende dal significato che esso riveste nel momento in cui tocca l'individuo. Quando ne avverte il tormento, l'individuo non è il ricettacolo passivo di un organo specializzato che obbedisce a modulazioni impersonali di tipo fisiologico. Il modo in cui l'uomo fa propria la sua cultura, i valori che la caratterizzano, lo stile del suo rapporto con il mondo, compongono una trama decisiva della percezione del dolore, che è anzitutto un fatto legato a una situazione. L'esperienza mostra, per esempio, l'importanza della cerchia che sta vicino al malato, anche di quella puramente professionale, per il suo sollievo e la sua quiete. Gli operatori dei servizi di cure palliative sanno che una parola amica o una mano sulla fronte, l'essere presenti al capezzale dell'uomo che soffre, sono i più efficaci degli antalgici, anche

se da soli non bastano. Il dolore è intimo, certo, ma è anche impregnato di sociale, di culturale, di relazionale, è il frutto di un'educazione. Non sfugge al legame sociale.

Un tempo, nella tradizione aristotelica, il dolore era concepito come una forma particolare di emozione (*Etica Nicomachea*, libro II). Era una misura dell'uomo toccato nella sua intimità.

Più tardi, la filosofia meccanicista, in particolare per opera di Descartes, ha iscritto il dolore tra le sensazioni prodotte dalla macchina corporea. In tal modo, la parte svolta dall'uomo nella costruzione della sua pena restava nascosta ed era vista come un effetto meccanico di saturazione, pura conseguenza di un eccesso di sollecitazione sensoriale. La biologia aveva il privilegio di studiare il "meccanismo" dell'influsso doloroso, di descrivere con la dovuta oggettività l'origine, il percorso e il punto di arrivo di una stimolazione. La psicologia o la filosofia esprimevano l'aneddotica del dolore, cioè quanto percepito soggettivamente dall'individuo. Questa teoria sfocia nell'idea di uno specifico sistema recettore cutaneo che, grazie ad apposite fibre, veicola in linea diretta un'eccitazione nervosa a un centro del dolore situato nel cervello.

Una meccanica neuronale e cerebrale trasportava e conservava l'influsso doloroso: quanto all'uomo, non era che un'ipotesi secondaria, cioè trascurabile, mentre la "macchina del corpo" era la sola a essere considerata. Tuttavia, per comprendere le sensazioni che interessano il corpo bisogna cercare la loro ragion d'essere nell'individuo in tutta la complessità della sua storia personale, e non nel suo corpo. Restavano insolubili una quantità di fatti che l'esperienza offriva in abbondanza. Mostrando all'opera la logica dell'inconscio nelle sofferenze da isteria, Freud e Breuer, con la pubblicazione del loro *Studi sull'isteria*, nel 1895, aprivano una prima breccia in questo approccio strettamente neurologico e ricordavano, dalla loro prospettiva, che l'uomo non è solamente una serie di fibre nervose o l'appendice indifferente di una attività biologica autonoma del cervello.

Oggi non si pensa più che il dolore sia l'effetto specifico di un'esasperazione di sensazioni, la conseguenza di un sovraccarico che oltrepassa i limiti ordinari di funzionamento degli organi. Il dolore non agisce come una sensazione che si imprime su un senso e reca un'informazione utile alla condotta dell'uomo in rapporto alle cose del mondo. Non è una qualità inerente agli oggetti esteriori, suscettibile di essere recepita da un organo apposito. Tutt'al più, a volte il dolore accompagna un'impressione sensoriale, come nel caso di un contatto cutaneo con un oggetto che taglia o scotta, senza però esserle inerente. Nessun organo sensoriale è specializzato nella registrazione del dolore. "Il dolore, non è una funzione, ma una lesione subita da una funzione", dice Jacques Sarano (1965, p. 74). Questa concezione del dolore come fatto puramente sensoriale ha a lungo cancellato la sua dimensione affettiva, di cui non poteva rendere conto. I lavori contemporanei, come la feconda teoria di Melzack e Wall, rendono giustizia alla complessità del fenomeno doloroso<sup>1</sup>. Tra focolaio e percezione del dolore si interpongono numerosi passaggi. Questi filtri accentuano o diminuiscono la sua intensità. Il cammino del dolore passa per porte che ne rallentano, smorzano o accelerano il percorso. Altre percezioni sensoriali entrano in risonanza con il dolore e contribuiscono a modularlo (calore, freddo, massaggio, ecc.). Certe condizioni lo inibiscono (concentrazione, rilassamento, distrazione, ecc.). Altre ne accelerano la diffusione e ne aumentano la portata (paura, fatica, stress, ecc.). Non c'è dolore senza sofferenza, cioè senza un significato a livello affettivo che traduce lo spostamento di un fenomeno fisiologico verso il centro della coscienza morale dell'individuo. Una definizione senza dubbio insufficiente, e di cui è stata criticata la forma troppo sfumata, è quella dell'*International association for the study of pain* (IASP), che qualifica il dolore come "una sensazione spiacevole e un'esperienza emozionale in risposta a un danno reale o potenziale, o così descritto"<sup>2</sup>. Un'informazione dolorosa (*sen-*

*sory pain*) implica una percezione personale (*suffering pain*) (Melzack, Casey 1968). Ogni dolore implica un danno morale, una messa in causa del rapporto che l'individuo ha con il mondo. La lobotomia elimina la componente affettiva del dolore, la pone in uno stato di rappresentazione. L'individuo ne prova il fantasma sensoriale, ma non ne sente più la lacerazione. Altri lavori, in situazioni sperimentali in cui l'ipnosi è usata come analgesico con soggetti sottoposti a stimolazioni dolorose, mostrano come l'individuo abbia la sensazione del dolore ma scollegata, come se il *sensory pain* si sgravasse del *suffering pain*. Il dolore provato, quindi, non è un semplice flusso sensoriale, ma una percezione che solleva anzitutto la questione del rapporto che l'individuo ha con il mondo e dell'esperienza che egli ha accumulato in materia. Non sfugge alla condizione antropologica delle altre percezioni. È simultaneamente provata e valutata, integrata in termini di significato e di valore. Mai puramente fisiologico, dipende da una simbolica.

Il dolore è una manifestazione ambigua delle strategie di difesa dell'organismo. Privata della capacità di provarlo, l'esistenza umana diviene terribilmente vulnerabile. Il dolore costringe a un apprendimento lucido e arduo dei pericoli che minacciano l'integrità fisica. Le persone nate senza questa facoltà testimoniano della sua necessità: pur gravemente ferite, non si accorgono di nulla; si mordono la lingua o la bocca senza rendersene conto, si trapassano la guancia con una matita o si frantumano un dente senza smettere di mangiare, si scottano, si scorticano senza avvertirlo, si fratturano un arto e cercano lo stesso di tirarsi su. L'insensibilità congenita al dolore è un'infermità che espone l'individuo a tutti i pericoli che si nascondono nell'ambiente: dal dito incastrato in una porta all'ingestione di un liquido bollente, da una caduta dalle conseguenze serie all'assenza di una qualsiasi reazione a una patologia viscerale, ecc. Inoltre, essa impedisce all'individuo di adottare rimedi antalgici che preservino le membra o i

tessuti lesionati (Melzack, Wall 1982, pp. 5 sgg.). La lebbra è una malattia che ha tra i primi sintomi proprio l'insensibilità al dolore. La perdita delle estremità degli arti, da cui sono affetti i lebbrosi, è una conseguenza della malattia e non uno dei suoi passaggi obbligati. Incapaci di sentire il segnale doloroso che contrassegna l'alterazione dei tessuti, i malati si feriscono crudelmente senza accorgersene, insistono sui tessuti in piena indifferenza. In certi paesi del terzo mondo, i topi, di notte, mangiano le loro carni senza che queste persone si sveglino e possano difendersene (Cousins 1973). Per proteggersi dalle mutilazioni, i lebbrosi si abituano a una vigilanza assidua, in modo da controllare con la vista l'effetto delle cose circostanti sul loro corpo.

Nella costituzione di un mondo umano, cioè un mondo di significati e di valori accessibili all'azione dell'uomo, il dolore è certamente un elemento fondativo. Senza il dolore, l'uomo è legato mani e piedi, è alla mercé di un ambiente la cui ospitalità gli è spesso accordata con parsimonia. Esso protegge l'uomo dalle innumerevoli minacce che pesano sulla sua condizione, difende l'organismo suscitando un immediato ritirarsi e lasciando poi tracce nella memoria, cosa che conduce a un agire più avveduto. Veicolo di educazione nell'infanzia mediante immediata sanzione di ogni atto inappropriato, il dolore insegna quella necessaria prudenza che compensa la nativa fragilità della condizione umana.

Se il dolore è uno stato spiacevole, è anche una difesa apprezzabile contro le ineluttabili asperità del mondo. Eppure, il dolore non può essere ridotto alla comoda definizione che lo vede come una pura funzione di difesa. È più disorientante, non si accontenta di una formula semplice. Se il dolore è una bussola che indica l'emergere di un male da cui guardarsi, si tratta di una bussola che spesso sbaglia e richiede scetticismo: talora indica direzioni confuse in cui l'uomo può perdersi, e omette magari di segnalargli cambiamenti di direzione molto pericolosi. Strana bussola che obbedisce a diversi poli

e scompiglia quelle coordinate che proprio essa offre all'uomo; una bussola che manda impulsi nel caso di un dito scotato o dell'arto fantasma del mutilato, e tace nello sviluppo di un cancro presto fatale. Ma l'uomo non è una macchina, né il dolore un meccanismo: tra quello e questo, inteso come strumento virtuale di protezione, vi è l'ambivalenza e la complessità della relazione che unisce l'uomo al mondo.

Nella misura in cui non è una sensazione, ma una percezione individuale, cioè un significato, un'interpretazione finalistica del dolore come "senso difensivo" è ingenua e insufficiente. Maurice Pradines (1947, p. 159) lo vede come

il complesso formato dall'unione di un'avversione motrice, di ordine probabilmente riflesso (poiché sopravvive anche all'abolizione della coscienza e persino all'ablazione della corteccia), e di uno stato affettivo cosciente e indicibile, che sembra come innestato nel primo.

Ecco in cosa si distingue il dolore da un semplice messaggio sensoriale sovradimensionato, nel fatto che va a incidere sull'identità dell'uomo e talvolta la frantuma; parrebbe un "senso difensivo" utile, ma essendo altrettanto spesso inaffidabile, inceppato e mutilante, diventa a volte la malattia da curare. La coscienza dolorosa è il supplemento che elimina la tentazione di accordare al dolore un puro statuto di difesa fisiologica. Per tutta la sua carriera di "chirurgo del dolore", René Leriche ha combattuto questa incerta legittimità del dolore quale avvertimento di cui giovarsi.

Per i medici che vivono a contatto con il malato, il dolore non è che un sintomo contingente, spesso difficile da togliere, ma che nella maggior parte dei casi non ha grande valore, né per la diagnosi né per la prognosi. Il numero di malattie che rivela è infimo, e spesso, quando le accompagna, non serve che a ingannarci. Per contro, in alcuni stati cronici, parrebbe essere l'intera malattia a venir meno, se esso non vi fosse (Leriche 1949, p. 27).

Il dolore è una manifestazione capricciosa che prosegue per la sua strada, torturando l'esistenza ma senza rivelare nulla di specifico in vista di un miglioramento della condizione dell'uomo, come per esempio nelle nevralgie del trigemino o nei dolori che interessano gli arti fantasma. "Reazioni di difesa? Provvidi avvertimenti?", chiede ancora René Leriche.

In verità, la maggior parte delle malattie più gravi si insedia senza avvisare. (...) Quando il dolore arriva, è troppo tardi. La fine è virtualmente già lì. È imminente. Il dolore non ha fatto che rendere più penosa e più triste una situazione già da lungo tempo compromessa. Reazione di difesa? Ma contro chi? Contro cosa? Contro il cancro che di solito fa male solo quando uccide? Contro la tubercolosi che non fa soffrire quasi mai quando si sarebbe ancora in tempo? Contro le cardiopatie, che procedono sempre in silenzio? (...) Bisogna abbandonare la falsa idea che il dolore abbia effetti benefici. In realtà, il dolore è sempre un regalo sinistro che abbassa l'uomo, che lo rende più malato di quanto sarebbe senza di esso (pp. 27-28).

In certi casi, il dolore che segnala la malattia ne causa anche un prolungamento all'infinito e diventa fine a se stesso. Si trasforma in malattia. Si lega all'uomo in una relazione ambivalente, va interrogato pazientemente moltiplicando le investigazioni cliniche e soprattutto le competenze in grado di decifrarlo e di alleviarlo, ma spesso si sottrae: implica tutto lo spessore dell'essere umano. Come la morte, il dolore è il destino comune, nessuno può pretendere di sfuggirgli. Non dimentica nessuno e richiama all'ordine in varie forme, nel corso dell'esistenza, a dispetto della volontà dell'uomo. L'uomo non fugge sempre il dolore, per quanto la modernità lo veda come un arcaismo che la medicina dovrebbe sradicare senza indugio. Esistono degli usi sociali del dolore: si tratta di uno strumento suscettibile di numerose destinazioni. Offrendo il dolore, per esempio, l'antico cristiano cerca di saldare il debito contratto in occasione del sacrificio di Cristo.

Ogni sofferenza cui ci si apre diventa allora una prova d'amore, un segno di devozione. Certo, il rapporto con il dolore è cambiato e la Chiesa, oggi, vede piuttosto nelle sofferenze di Cristo una dimostrazione d'amore nei confronti degli uomini. Il cammino della croce non si impone più al fedele. La necessità imperiosa di soffrire per esistere resta, comunque, in molti individui, e ciò a prescindere da ogni visione religiosa del mondo. Si tratta di persone che conducono una vita amara, tra dolori e malattie, fallimenti e delusioni. Anche qui, provando dolore si salda un debito, e ciò permette di continuare a esistere. Guarire questi malati che sembrano nati sotto una cattiva stella (o, piuttosto, che si mettono sistematicamente sotto una cattiva stella) non è sempre il miglior servizio che si possa rendere loro, se in un qualche modo non viene resa trasparente la logica incosciente della loro condotta. Altri usi del dolore sono classici e si alimentano della disparità delle forze tra gli individui: la correzione, la punizione personale, la tortura, il supplizio, ecc. sono le vie privilegiate di una certa "banalità del male" che è all'opera nella condizione umana. L'arte di far soffrire l'altro per coartarlo, umiliarlo o annichilirlo è inesauribile nelle sue realizzazioni. Il dolore inflitto ne è lo strumento privilegiato, archetipo stesso del potere sull'altro. Inversamente, è utile anche per inscrivere nella carne la memoria di una filiazione e di una fedeltà alla comunità, come fanno bene gli iniziati di una società tradizionale. Il dolore accompagna allora il cambiamento di status del giovane, il completamento sociale del suo corpo e della sua identità, che i marchi fisici ricevuti traducono. I riti di passaggi implicano spesso una prova dolorosa per testare la determinazione, la forza di carattere.

Il dolore è un'incisione del sacro, nel senso che strappa l'uomo a se stesso e lo mette di fronte ai suoi limiti. Ma ne è una forma capricciosa, brucia di una crudeltà senza nome. Eppure, che sia sotto il controllo morale o lo abbia oltrepassato, il dolore allarga lo sguardo dell'uomo, gli ricorda il

prezzo dell'esistenza, il sapore dell'istante che passa. Tutto dipende dal significato che l'uomo gli attribuisce. Se quando colpisce sopprime il gusto di vivere, quando si allontana lo rilancia. Richiama a un esistere fervido. È un *memento mori* che riporta l'uomo all'essenziale.

La lotta contro la sofferenza, intesa nel suo senso più lato, è un po' la cifra dell'immaginario dei Lumi, poi ereditato da quello del Progresso. In effetti, come far coesistere il Progresso con l'infelicità singolare, e in particolare con il dolore prolungato di malati e feriti? Ne *La montagna incantata*, l'umanista Settembrini spiega a Hans Castorp la sua appartenenza a una "lega per l'organizzazione del progresso", che "abbraccia tutte le presenti possibilità di perfezionamento dell'organismo umano" e che si dà come obiettivo di preparare "la felicità del genere umano, ossia: combattere e infine eliminare del tutto la sofferenza umana" (Mann 1924, p. 407). La sociologia è chiamata a far parte di questo grande disegno. La Lega si consacra anzitutto a un inventario dei mali di questo mondo e a tal fine deve essere elaborata una "sociologia della sofferenza":

Essa elencherà e descriverà dunque in circa venti volumi, formato enciclopedia, tutti i casi della sofferenza umana che si possono immaginare, dai più intimi e personali ai grandi scontri fra gruppi, alle sofferenze che derivano da ostilità di classi e conflitti internazionali (p. 408).

La lotta contro la sofferenza, dunque anche contro il dolore che ne è senza dubbio la forma più saliente, è al centro dell'ideologia del Progresso. In effetti, la seconda parte del XIX secolo, diffondendo l'anestesia, ha alleviato in larga misura i mali degli uomini. Lo stesso accade oggi, con la banalizzazione degli antalgici nella vita quotidiana. Eppure, parallelamente il dolore cronico è diventato uno dei problemi cruciali della medicina moderna. Il dolore perdura, non è stato "vinto", centinaia di milioni di occidentali (e quanti, nel

mondo?) continuano a soffrire malgrado una medicina sempre alla ricerca della molecola miracolosa, ma spesso dimentica dell'uomo che soffre. La "sociologia della sofferenza" che suggeriva Thomas Mann è più che mai all'ordine del giorno, e talora dà persino l'idea di estendere sempre più il proprio campo di influenza. E quando c'è di mezzo il dolore, le differenti medicine non cessano di essere sollecitate, mobilitate e di veder affluire richieste di lenimento. Né il dolore né la morte si lasciano dissolvere negli immaginari tecnici e scientifici. E ogni medico sa, per esperienza, come si debba procedere a tentoni prima di riuscire a trattare efficacemente un malato che soffre.

Il dolore è il primo movente del consulto medico, è il segno chiaro a tutti della necessità di un qualcosa che rechi sollievo. E il primo obiettivo del medico sarà quello di curare le sue cause, di attribuirgli un significato prima di ridurlo al silenzio. Parlare del dolore è un invito inequivocabile a occuparsi della medicina, tanto i destini dell'uno e dell'altra sono intrecciati, negli auspici del malato. Eppure, anche se in queste pagine la pratica medica è chiamata in causa spesso, lo sguardo adottato è centrato piuttosto sull'uomo sofferente. Il nostro proposito è di approcciare il dolore su un piano antropologico, di analizzare la relazione dell'uomo con il suo dolore domandandosi come influisca, sulla sua condotta e sui suoi valori, la trama sociale e culturale in cui è immerso. Tutto ciò, però, senza dimenticare che se l'uomo è una conseguenza delle sue condizioni sociali e culturali, è anche il creatore instancabile dei significati con cui vive. **Nessuna formula definitiva può racchiudere la relazione intima dell'uomo con il suo dolore, se non il fatto che ogni dolore rinvia a una sofferenza, e dunque a un significato e a un'intensità propri all'uomo nella sua singolarità.**

Quest'opera costituisce un nuovo capitolo dell'antropologia del corpo che ci sforziamo pazientemente di elaborare. In *Antropologie du corps et modernité* (1990) abbiamo perime-

trato lo spazio di una ricerca ed elaborato un certo numero di strumenti di pensiero che permettono di applicare al mondo contemporaneo il *détour* antropologico, assumendo il corpo come analizzatore privilegiato. In *Des Visages* (1992a), con riferimento al significato umano del viso, e in *La Chair à vif* (1993), a proposito degli usi medici del corpo umano, abbiamo impiegato la medesima prospettiva antropologica e cominciamo a utilizzare questi strumenti. La simbolica sociale era al centro di queste ricerche, facendo del corpo un universo di significati e valori. In queste opere, inoltre, abbiamo sperato di mostrare come il *détour* antropologico getti luce sulla pratica medica, facendo emergere ciò che essa spesso dimentica, nella sua routine terapeutica: la dimensione del senso e dei valori che interessa la relazione dell'uomo con il suo corpo o con la sua malattia. Sulla scia di George Simmel o di Marcel Mauss, la nostra preoccupazione è quella di mostrare che il corpo è un oggetto favorevole e fertile per un'analisi sociologica e antropologica; non un oggetto su cui si potrebbero dire due o tre cose, lasciando l'essenziale all'iniziativa della biologia o della medicina, ma un incrocio di significati sociali e culturali che ci conduce, simultaneamente, al cuore delle società umane e al cuore dell'*anthropos*. **Si tratterà qui di cogliere la costruzione sociale e culturale del dolore, cioè di immergerci nello strato più intimo dell'uomo sofferente per cercare di comprendere come scenda a patti con un dato biologico per assorbirlo nella propria condotta e quale sia il significato che gli conferisce.**

<sup>1</sup> Questi due ricercatori sono all'origine della "teoria delle porte"; si veda Melzack, Wall 1982. Quest'opera è il frutto di una ricca interazione tra medicina e scienze umane. Sulla storia medica del dolore rinviamo soprattutto a Rey 1993; si veda anche Peter, a cura, 1993.

<sup>2</sup> Si veda Merksey et al. 1979; 1982; 1986.

Scrive Buytendijk (1948, p. 16):

Mentre nella nostra esistenza e nell'intera nostra vita facciamo esperienza delle manifestazioni di un'autonomia dell'auto-conservazione e dell'auto-realizzazione, il dolore ci insegna quanto siamo servi, effimeri e impotenti, quanto la vita rechi in sé le possibilità di diventare la propria nemica.

Anche se tocca solo un frammento del corpo, non fosse che un semplice dente cariato, il dolore non si limita ad alterare la relazione dell'uomo con il suo corpo, si diffonde al di là, anticipa i gesti, attraversa i pensieri: contamina la totalità del rapporto con il mondo. Rompe gli ormeggi che legano l'individuo alle sue attività familiari, rende difficile la relazione con i suoi prossimi, elimina o diminuisce il gusto di vivere. Nessun portogio si sottrae alla sua caccia. L'uomo che soffre, anche di un banale mal di denti, si immagina che coloro che ignorano la sua esperienza siano i più felici degli uomini, e si stupisce di non aver mai saputo ben valutare la propria fortuna. Il dolore paralizza l'attività del pensiero o l'esercizio della vita. Pesa sul gioco del desiderio, sul legame sociale. Crea il sentimento di un'infelicità macerante in colui che tocca, quello di una grazia particolare in coloro che risparmia.

### Forme del dolore

Il dolore non è costante nel tempo, varia d'intensità secondo modi che appaiono capricciosi, cambia da un'ora all'altra, da un giorno all'altro, sotto l'effetto di elementi difficili da individuare, in dipendenza dal contesto, dal momento del giorno, dalla risonanza intima di un gesto o di una medicazione.

L'uomo che soffre non riesce a trasformarsi in etnologo di un dolore che è spesso imprevedibile, anche quando si insedia in pianta stabile per tutta la parte peggiore dell'esistenza. Non si lascia cogliere in una formula unica perché interessa

l'uomo in modo differente secondo le circostanze. Quelle che si vengono a disegnare sono durate e intensità diverse. Una fenomenologia elementare della sofferenza chiama in causa linee di forza e rapporti con il mondo molto specifici.

Il *dolore acuto* è transitorio, è la conseguenza di una caduta, di una bruciatura, di un mal di denti, di un urto con un oggetto, di una lesione che tarda a guarire o di un malessere, per esempio un mal di testa. Questi dolori sono banali, costellano la vita quotidiana con le loro punte di asprezza, causano un problema provvisorio, un disappunto nei confronti di se stessi o del vicino malaccorto, un riposo per calmare il male o per una digestione difficile; una visita dal medico di base o il ricorso al dentista per curare il dente che duole. Talora si tratta di una conseguenza paradossale di cure prestate per alleviare un'altra sofferenza: pulire una ferita, ricomporre una frattura ecc. I dolori postoperatori ne sono un altro esempio. L'ansia gioca un ruolo trascurabile nella percezione della maggior parte di questi dolori, subito associati a una causa contingente e tradotti semplicemente in un brutto momento da passare. Queste affezioni abitano alla prudenza, esercitano nell'individuo una predisposizione a prevenire, e ciò in particolare nel bambino, che insegna al suo corpo recalcitrante a mantenere, rispetto alle asperità dell'ambiente, una distanza e un'attenzione utili. Inevitabili, diluite nel passaggio dei giorni e delle innumerevoli attività dell'uomo, rammemorano la fragilità della sua condizione e la sua vulnerabilità al contesto. Altri dolori inquietano di più, segni precorritori della malattia, di un male che insidiosamente si fa strada. La maggior parte dei consulti medici sono originati da questi dolori ostinati, spesso banali ma generatori di angoscia. In *Divisione cancro* di Solgenicyn, una donna soffre da qualche giorno di dolori intermittenti:

Se non fosse stata oncologo non avrebbe dato importanza al dolore, anzi, avrebbe affrontato coraggiosamente un esame. Ma co-

L'essere a conoscenza del carattere normalmente provvisorio del dolore porta ad aspettarsi che esso non tarderà lentamente a dissolversi. Si tratta solo di stringere i denti il tempo di un breve intervento del medico, qualche ora in attesa del dentista o qualche giorno aspettando che la crisi di gotta passi. Il dolore di cui si vede prossima la fine perde una parte della sua violenza, non intacca il senso di identità.

Contiamo su questo sollievo, sia esso dovuto al sonno, al Tylenol, all'ipnosi, a un cambiamento di posizione o, più spesso, ai poteri di auto-guarigione di cui è dotato il corpo, e accogliamo questa tregua ventura come la ricompensa naturale che ci spetta per esserci mostrati, provvisoriamente, giocatori così bravi e buoni, così valenti nella prova, così ottimisti e fanatici della vita (Styron 1951, p. 94).

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 entrare nella carne in via definitiva. Il *dolore cronico* è un lungo e penoso ostacolo all'esistenza. Conosce intensità variabili, che vanno dall'intermittente, in cui gli effetti dolorosi sono distillati e hanno l'effetto di impedire il pieno svolgimento della vita quotidiana, alla continuità di un dolore che paralizzava la maggior parte delle attività senza il conforto di un cambiamento prossimo. Potendo oggi curare malattie che in altri tempi avrebbero causato la morte e prendendo sotto il suo controllo esclusivo la fase terminale della vita, la medicina, parallelamente, concorre a rendere inevitabili dolori più o meno acuti e duraturi che, una volta, portavano più rapidamente alla morte, o che non avevano modo di svilupparsi perché i decessi erano più precoci. L'aumento della longevità legata a condizioni d'esistenza più favorevoli, nelle nostre società occidentali, favorisce l'accrescimento di dolori che afferiscono a malattie croniche o a conseguenze dell'invecchiamento.

mondo è vissuto: il mondo non si dà sotto altri auspici. Non appena gli uomini prendono le cose per qualcosa di reale, queste diventano reali nelle loro conseguenze, diceva William Thomas.

Il dolore del malato è un'effrazione al cuore del senso di identità. L'uomo che ne è affetto non si riconosce più, e chi gli sta intorno scopre con sorpresa che lui... non è più lui. Ogni dolore induce una metamorfosi, trasforma in profondità, in meglio o in peggio, l'uomo che ne sia colpito. Il dolore non è confinato a un organo o a una funzione, è anche morale. Il mal di denti non è nei denti, è nella vita, e altera tutte le attività dell'uomo, anche quelle che ama di più.

Tradizionalmente si fa la differenza tra dolore, che colpisce la carne, e sofferenza, che colpisce lo spirito. Questa comoda distinzione è ambigua perché oppone senza problemi il corpo e l'uomo, come fossero due realtà distinte, facendo così dell'individuo il prodotto di un collage surrealista di un'anima e di un corpo. Il dolore non schiaccia il corpo, schiaccia l'individuo, rompe l'evidenza del suo rapporto con il mondo, frange il fluire della vita quotidiana e altera la relazione con gli altri.

Il dolore è sempre contenuto in una sofferenza, è un patire che viene all'improvviso, un'aggressione da sopportare. La sofferenza è la risonanza intima di un dolore, è ciò che l'uomo fa del suo dolore, ingloba le sue attitudini, cioè la sua rassegnazione o la sua resistenza a essere trascinato da un flusso doloroso, le risorse fisiche o morali che gli consentono di reggere alla prova. Non è mai il puro e semplice prolungamento di un'alterazione organica, ma un'attività dotata di senso per l'uomo che ne soffre. Designa l'estendersi dell'organo o della funzione alterati a tutta la sua esistenza. Ma per quanto la sofferenza sia qualcosa di inerente al dolore, essa è più o meno intensa a seconda delle circostanze. Da una persona a un'altra vi è tutto un gioco di variazioni. La sofferenza è una funzione del significato acquisito dal dolore, è in proporzione con la quantità complessiva di violenza subita.

medica, però, annuncia anche un cambiamento della mentalità collettiva riguardo al dolore, ora associato in misura minore all'ineluttabile. Soffrire sarà sempre meno percepito come un destino da vittime convinte, a torto o a ragione, che la medicina disponga di una risposta antalgica ai loro mali. Dove le risorse mediche sono assenti, come nelle campagne europee del XIX secolo e di una parte del XX, le persone consultano i guaritori tradizionali, pregano i santi o ricorrono a metodi ancestrali (manipolazioni dei corpi, tisane, unguenti, ecc.). Condizioni di vita difficili li portano a considerare come ineluttabili una serie di dolori che impregnano del loro inchiostro lo scorrere dei giorni. Le esigenze lavorative non danno quasi mai modo di lamentarsene o di mettersi a riposo. E quando il dolore si insedia in maniera duratura, non si ha altra scelta che fargli posto per tutto il corso dell'esistenza. Queste persone fanno di necessità virtù e ornano del carattere di condotta legittima un atteggiamento di rassegnazione che le circostanze rendono inevitabile. Modo elegante di fare proprio qualcosa che sfugge alla loro volontà. Continuano a lavorare nonostante le loro carie, le loro piaghe, il logorio che li segna. "I denti non gli fanno più male, è da tanto che è morto", è una battuta che esprime bene la consustanzialità del dolore al corso della vita. La morte è il sollievo ultimo, la grande medicina che sopraggiunge alla fine di tutti i mali. Il mal di denti non si cura. Quando il dentista ambulante passava per il villaggio, ci si faceva togliere d'un colpo, senza anestesia, i denti che facevano penare. Oppure era il fabbro con le sue tenaglie a svolgere questo incarico. Il barbiere tranciava gli ascessi con un colpo di rasoio. Le medicazioni abituali, se pure talvolta recavano sollievo, davano esse stesse una porzione di dolore. Le procedure terapeutiche dei dottori non erano affatto più dolci. Si ricorreva all'adustione, cioè alla cauterizzazione con un ferro arroventato delle piaghe infette, dei morsi, delle punture. Sostanze caustiche erano applicate su verruche, emorroidi, tumori, ecc.