

Il dolore e la sofferenza del corpo: una riflessione socio-antropologica per il sapere dello psicoterapeuta

*Antonio Consiglio**, *Elisa Massariolo***, *Silvia Maestranzi Moro****

Riassunto. Essendo l'esperienza del corpo molto vivida e "reale", il dolore ci appare spesso come un dato oggettivo e incontrovertibile. Eppure alcuni studi e resoconti antropologici mostrano come la stessa esperienza del dolore sia mediata dalla cultura, suggerendo che la sua percezione derivi anche da processi di attribuzione di significato. Partendo da un quadro di riferimento socio-antropologico, verranno proposte alcune considerazioni di carattere teorico e operativo sul dolore e sui suoi aspetti psicologici, discutendo come gli psicoterapeuti possano giocare un ruolo centrale nel campo della "gestione della sofferenza".

Parole chiave: Corpo, Semiotica del Dolore, Analgesia, Ipnosi

Summary. Just as our body experience emerges as vivid and real, pain often appears as an incontrovertible evidence. In literature, many anthropological studies and reports suggest that even the experience of pain can be mediated by culture, suggesting that its perception depends on meaning-making processes. Starting from an anthropological framework, theoretical and practical ideas about pain and its psychological features will be discussed, showing how psychotherapists can play a central role in the field of "pain management".

Key Words: Body, Pain Semiotic, Analgesia, Hypnosis

*Il poeta è un fingitore.
Finge così completamente
che arriva a fingere che è dolore
il dolore che davvero sente.*
(F. Pessoa)

* *Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.*

** *Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.*

*** *Psicologa, Ipnologa, Psicoterapeuta, specializzata presso il Corso quadriennale di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva dell'Istituto Berna di Mestre.*

1. Il dolore del *corpo*

Il dolore di cui ci si occupa in queste pagine è quello di una ferita, di un pizzico, o quello proveniente da un'operazione chirurgica o come risultato di qualche patologia organica: in altre parole, è il dolore proveniente da ciò che comunemente chiamiamo 'corpo'. Per l'uomo non vi è nulla di più concreto, scontato ed ovvio, esiste al tatto, agli altri sensi e nell'immaginazione. «L'esperienza del corpo è talmente comune ed intuitiva da far pensare che non serva spiegarla o circoscriverla ad alcuna definizione. Ma se ci impegnassimo nell'impresa la troveremmo davvero difficile» (Faccio, 2007, p.13). Infatti accade che chi argomenta parta lasciando impliciti i riferimenti definitivi, dandoli per scontato in quanto 'realtà di fatto', senza accorgersi che «ciascun approccio al tema pensa di trattare "il corpo", mentre ne approfondisce solo l'impianto categoriale che viene utilizzato come filtro di lettura» (ivi).

Storicamente parte della psicologia ha lasciato il discorso sul corpo fuori dalle sue argomentazioni, accettando come unici un sapere e un linguaggio medico che, in occidente, hanno portato alla rappresentazione di un corpo come oggetto e all'idea di *possedere* un corpo più che a quella di *essere* un corpo. A tal proposito Le Breton (2000) riporta un articolo di Jacques Le Goff sui mestieri leciti e illeciti nel Medioevo, dove si vedono accostati al medesimo disonore il chirurgo, il barbiere, il macellaio e il boia. Tutti accomunati dalla medesima trasgressione di un tabù: non si può concepire il lacerare le membra e far sgorgare del sangue, nemmeno per fini curativi.

La prospettiva che sussume una tale credenza ci lascia intendere che l'individuo fosse considerato come parte del cosmo, per cui lacerare le sue membra e causarne l'uscita del sangue equivaleva a lacerare la carne del mondo. Di quel mondo che è il dono di Dio, tanto che nel 1163 il Concilio di Tours vietava ai medici monastici di far sgorgare sangue. Dal XII secolo si assiste ad una vera e propria divisione nella medicina: da un lato i medici, chierici, colti, letterati che si occupavano della cura 'esterna' del corpo, cura che non prevedeva il contatto con il malato; dall'altra i chirurghi, spesso laici, che operavano all'interno del corpo andando oltre il tabù del sangue e garantendosi così il disprezzo dei colleghi medici. Secondo Le Breton (2000) questa gerarchia di potere, che crea una posizione invidiata e di prestigio, si fonda sulla sempre maggiore distanza dal malato e dal corpo. «È in effetti l'allontanamento del corpo che regola lo statuto rispettivo di questi diversi sguardi sull'uomo malato. Il movimento epistemologico e ontologico che conduce all'invenzione del corpo è in cammino» (*Ibidem*, p.41).

In definitiva, se prendiamo ad oggetto di studio il dolore del corpo rendendo fluida la definizione dello stesso 'corpo', ci accorgiamo che anche il nostro oggetto di studio è costretto a diventare liquido e a relativizzarsi, quantomeno rispetto a considerazioni coerenti al livello epistemologico di pertinenza.

2. Dolore del soma e del simbolo

A volte accade che alcune manifestazioni ignote, rompano la quotidianità del silenzio del corpo e l'angoscia dell'ignoto permane fintanto che uno specialista non attribuisce un nome alla manifestazione sconosciuta, donandogli un'esistenza che riduce così improvvisamente l'angoscia. Indipendentemente dalla gravità della diagnosi. L'importante è che prima di tutto il dolore abbia un nome, non per attenuarne i sintomi ma prima ancora per placare l'angoscia dell'ignoto. Una volta inserito il dolore in una

struttura di senso, può essere compreso, ritualizzato, si può orientare l'attenzione su di esso o la si può distogliere, può divenire un nucleo identitario o essere trascurato e dimenticato.

«Degli specialisti (medici, guaritori, esorcisti, psicologi, etc.) hanno il compito di reintrodurre del senso là dove ne manca, di stabilire una coerenza là dove il collettivo propende a non vedere che disordine. La carica di angoscia insita nelle esperienze insolite è così eliminata o attenuata dalla simbolizzazione operata con l'aiuto del terapeuta» (Le Breton, 2000, p. 105). Il dolore diviene più sopportabile se inserito in un'esistenza condivisa che passa attraverso il linguaggio, spostando così lo sguardo da un dolore del soma ad uno nel simbolo.

Diviene, a questo punto, una sofferenza "dell'uomo", non più del corpo. Il dolore provato non è una semplice questione sensoriale ma mette in campo parti più intime dell'individuo. Ha a che fare con il mondo dell'esperienza, con l'educazione, con la fiducia nei confronti di colui che attribuisce un nome al suo dolore e con il significato che esso assume in un contesto sociale. In altre parole «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» (Le Breton, 1995, p.12).

3. La costruzione sociale del dolore

Se ci allontaniamo da una prospettiva che intende il corpo come oggetto reale ed il dolore come una modificazione sensorio-percettiva, possiamo gettare uno sguardo sugli aspetti sociali, culturali e simbolici che intervengono nella significazione attribuita all'evento doloroso.

Sono numerosi gli studi e i casi riportati che mostrano come quest'esperienza non appartenga al regno dell'oggettività, ma sia piuttosto descrivibile come un intreccio di fattori: culturali, relazionali, simbolici, fisiologici, di contesto, religiosi e via dicendo. Fattori che giocano un ruolo importante nella percezione e nell'attenuazione del dolore stesso. «Georges Cauguiehem fa eco a Leriche quando afferma che l'uomo fa il suo dolore – come fa una malattia, o come fa un lutto – molto più di quanto lo riceva o lo subisca» (Le Breton, 1995, p.109). Insieme alla creazione del dolore ogni società crea anche i più coerenti mezzi per combatterlo, fornisce i mezzi simbolici per gestirlo attraverso le specifiche medicine che elabora.

Nel tempo, immersi in un contesto sociale, si apprende quali sono i sintomi, le sofferenze che legittimano un lamento e anche il modo più adeguato per lamentarsi, attraverso smorfie, lacrime o impassibilità, seguendo i criteri e i valori più appropriati per quel determinato contesto sociale. Nel 1966 Irving Zola evidenzia come «i malati italiani mostrano una tendenza culturale alla drammatizzazione del loro stato, che li mette talora in contrasto con le esigenze della cultura medica e ospedaliera. Al contrario l'atteggiamento convenzionale degli irlandesi è di prendersi carico della situazione e sopportarla» (Le Breton, 1995, p. 118). Non stiamo parlando delle differenti modalità di rispondere o reagire ad un dolore ma della percezione stessa. Le diversità culturali indirizzano la percezione, guidano a selezionare quali siano i sintomi degni di attenzione e quali invece possano essere lasciati fuori dalla consapevolezza.

4. Il significato del dolore in una biografia

La partita si gioca nei termini dei significati che l'individuo attribuisce nel gioco interattivo tra le istanze psicosociali, relazionali e personali. Tra un dolore che giunge all'improvviso, una ferita procuratasi mentre si salva la vita ad una persona cara, il dolore che accompagna la nascita di un figlio, il pugno preso da un pugile, non cambia solo il tipo di dolore ma prima di tutto cambia il significato di quel dolore e, cambiandone il significato, cambia anche la percezione stessa. L'amputazione di un arto ad un militare non è la medesima amputazione del medesimo arto di un operaio. Il significato attribuito a tale amputazione non è paragonabile. Per il militare tale perdita può significare eroismo, sacrificio per la patria e anche un tanto desiderato congedo e ritorno in famiglia. Per l'operaio il medesimo arto è determinante nella riuscita del suo lavoro e quindi nel mantenimento economico della famiglia. La differenza notevole di significato attribuito allo stesso intervento lacera in maniera diversa la carne, il dolore non è lo stesso, i lamenti non sono paragonabili e nemmeno le suppliche per la richiesta di antidolorifici. La fisicità e l'oggettività del dolore sfumano nei loro contorni assumendo il senso attribuitogli, tanto che in alcuni casi l'uomo non sfugge al dolore ma sembra invece ricercarne la sua forma più estrema. Gli esempi presi dall'antropologia sono interminabili: nelle varie forme religiose è possibile trovare il dolore come mezzo privilegiato per la purificazione, i flagellanti ne sono un esempio; «tagliare il prepuzio equivale esattamente a far saltare un dente (Australia ecc.), a recidere l'ultima falange del dito mignolo (Africa del Sud), a tagliare il lobo dell'orecchio o a perforare il lobo, il setto nasale, o a praticare dei tatuaggi o delle scarnificazioni, o a tagliare i capelli in un certo modo: ne vien fuori un individuo mutilato dell'umanità comune attraverso un rito di separazione (di qui l'idea di tagliare, del perforare, ecc.) che automaticamente lo aggrega ad un gruppo determinato e in modo tale che, poiché l'operazione lascia segni indelebili, l'aggregazione risulta definitiva» (Van Gennep, 1981, p. 63); la tribù dei Tjingili e dei Kotandji, popolazioni che vivono nel nord e nel centro Australia, si caratterizza per tagli e sfregi nella parte superiore del corpo, sul petto, sulle spalle e sulle braccia. Queste incisioni vengono fatte con selci o con vetri e successivamente strofinate con la cenere. Il loro significato è ornamentale; oppure ancora, l'incisione del dente delle donne Kaititja (Spencer, 1983, cit. Faccio, 2007). Dalla religione, all'arte, fino alla necessità di lacerare il proprio corpo per ritrovare se stessi, il dolore si veste di un significato diverso, muta in qualcosa di altro da una semplice percezione sensoriale.

5. Il dolore come sindrome: il caso del dolore cronico

Come abbiamo già visto l'uomo può sopportare prove molto dolorose se vi attribuisce un significato, se quel dolore è il mezzo per raggiungere una purificazione, uno status sociale o per gridare al mondo la propria protesta. Diviene però qualcosa di insopportabile se non si è in grado di trovarvi un significato e ancor più una causa. Questo è il caso di quello che viene definito come dolore cronico. Un dolore che permane nel tempo, anche dopo le normali prassi mediche è ancora lì, e sembra non attenuarsi nemmeno dopo l'etichetta sconsigliata di 'dolore cronico'. Ad oggi viene considerata una sindrome dal sistema sanitario e in Europa rappresenta uno dei principali problemi sanitari.

Riportiamo alcuni dati presi dal testo di Rosanna Cerbo (2010, p. 7)¹:

Le dimensioni del fenomeno del dolore cronico sono ampie: 19% in Europa (l'Italia, dopo Norvegia e Polonia, è il paese con prevalenza più alta: 32% al nord e 22% al sud) 56% donne, età media 50 anni. Il dolore cronico ha alti costi socio-economici e l'Italia rappresenta il paese europeo in cui sono maggiori: 17% di perdita di lavoro, 28% di riduzione dei livelli di responsabilità, 22% di comparsa di depressione. Inoltre è noto il fenomeno dell'innalzamento dell'età: le persone over 65 nel mondo sono circa seicento milioni e l'Europa è l'area geografica con la più alta percentuale di anziani. Le statistiche rivelano che un anziano su due ha problemi di dolore cronico dovuti nella maggior parte dei casi a osteoartrosi, complicanze di malattie cardiovascolari o di diabete; che la stragrande maggioranza di loro soffre di dolori cronici da oltre otto anni e che circa un quinto ha combattuto il dolore per più di un ventennio.

Il dolore cronico sembra essere oggi uno dei grossi problemi sanitari, al quale ancora pochi centri ospedalieri sono riusciti a trovare soluzione o per lo meno una possibilità. Oggi più che mai la medicina si trova a dover rivedere, a fronte di un dolore che permane nel tempo, l'idea di un corpo oggettivo valutando la possibilità di integrare saperi che abbracciano l'uomo nella sua interezza, quindi non solo nel suo corpo. «Nel dialogo che la medicina intrattiene con e su se stessa, la psicologia non solo è chiamata – per quell'eco che da ogni discorso scientifico si propaga nelle altre e differenti scienze – a scambiare qualche battuta, ma si pone come interlocutrice privilegiata» (Pagliaro, 2011, p. 370). Viene chiamata a discutere su ciò che più le compete, ovvero sulla complessità della persona e sulla sua sofferenza; sul significato che quella sofferenza rappresenta per la persona e che ruolo riveste all'interno delle sue relazioni.

Gli interventi in ambito ospedaliero, o nella gestione del dolore sono svariati. Abbiamo visto come negli ultimi decenni la figura dello psicologo si sia inserita a pieno diritto in alcune realtà ospedaliere mostrando la sua efficacia attraverso diversi tipi di interventi, dal sostegno psicoterapeutico al paziente, all'attivazione di gruppi per la discussione pluridisciplinare dei casi. Sappiamo inoltre che alcune tecniche, dalla meditazione all'ipnosi, hanno mostrato i loro effetti positivi sia per quanto riguarda la riduzione del dolore cronico che per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia a seguito di cure altamente invalidanti come la chemioterapia, dolore che molto spesso secondo i dati² non riceve le cure adeguate.

¹Docente di Neurologia Università "Sapienza" Roma; Responsabile Centro di medicina del dolore "Enzo Borzomati" Policlinico Umberto. Il testo di riferimento è *"Il significato del dolore nelle religioni monoteiste"*.

²Secondo i dati dell'EFIC (Federazione Europea dei Circoli IAPC) oltre il 25% delle persone colpite da tumore non riceve alcun adeguato trattamento per combattere il dolore associato alla patologia. In base agli ultimi dati, i reparti di cure palliative sono, a tutt'oggi, duecentosei, la gran parte dei quali concentrati nelle regioni del centro-nord, poco meno del 10% al sud.

6. Modulazione simbolica del dolore

Così come durante i rituali o alcune prove il dolore sembra sparire o attenuarsi per induzione simbolica «allo stesso modo nell'individuo ipnotizzato si suscitano sofferenze non giustificate da alcuna lesione. L'ipnosi è un'altra via dell'efficacia simbolica ed esige che il paziente sia immerso in uno stato particolare di trance. Agisce per suggestioni orali che trovano subito la loro realizzazione. La parola efficace di un ipnotizzatore può indurre un dolore in qualsiasi parte del corpo, senza che l'individuo interessato sia in alcun modo interessato nella carne.» (Le Breton, 1995, p.71). Un esempio classico è l'esperienza della moneta che consiste nel far tenere una moneta al soggetto sotto ipnosi dicendogli all'improvviso che scotta. Il soggetto lascia immediatamente cadere a terra la moneta e successivamente sui polpastrelli compaiono segni di ustione. Questo è solo un esempio del potere dell'induzione simbolica che già ben conoscevano illustri medici e chirurghi prima dell'utilizzo massiccio degli anestetici. Infatti interventi chirurgici effettuati in ipnosi sono noti da tempo. Nel 1829, per esempio, Jules Cloquet pratica su una donna di sessant'anni in stato di ipnosi l'ablazione di un seno. Oppure l'amputazione di una gamba di un uomo in stato di ipnosi ad opera di James Ward. Famoso divenne Esdaile, chirurgo di Calcutta che nel suo ospedale fece centinaia di operazioni su pazienti sempre in stato di ipnosi. Poi a partire dal 1847, l'anestesia effettuata con l'etere e il cloroformio, più la possibile analgesia locale, mettono in un angolo la tecnica dell'ipnosi come strumento per la gestione del dolore. Successivamente ricomparirà sulla scena grazie a grandi personaggi come Milton Erickson, ma solamente laddove la medicina non è riuscita nel suo intento o per "curare" la psiche, ciò di cui la medicina non si occupa.

7. Conclusioni: la modulazione semiotica nella gestione del dolore

Il dolore del corpo, per come lo intendiamo oggi, è reso possibile da una configurazione interattiva tra le istanze culturali socialmente e storicamente situate, nelle dimensioni possibili della manifestazione del linguaggio, mediata dall'orientamento contingente di ciò che chiamiamo attenzione e coscienza. Poiché veicolato da fattori simbolici, si ritiene che un adeguato uso, in senso performativo, di alcuni segni possa permettere di modulare la percezione stessa del dolore. Tale ipotesi si pone come teoria esplicativa di tecniche e procedure già esistenti, in uso in ambito clinico e dalla dimostrata efficacia, quali la cosiddetta ipnosi ed alcune tecniche di rilassamento e di meditazione. Considerando come alcuni stati modificati di coscienza siano il frutto di interazioni linguistiche, fondate su credenze condivise, è evidente come non sono le tecniche in sé ad operare gli effetti percettivi sul dolore, ma anche l'uso sapiente dei segni e dei simboli. Le manovre semiotiche hanno, da questo punto di vista, un'importanza cruciale che va aggiunta alle considerazioni sugli effetti delle manovre "dal corpo sul corpo" (respirazione diaframmatica, iperventilazione, etc.). Quanto esposto dovrebbe fornire al terapeuta o all'operatore del benessere la mappa teorica con la quale produrre consapevolmente le manovre terapeutiche finalizzate alla modificazione degli schemi percettivi del dolore. Tuttavia, a volte capita che le tattiche psicoterapiche volte all'analgesia siano applicate come mere repliche di procedure,

trascurando il valore degli aspetti semiotici dell'interazione. Ad esempio alcune metodologie ipnotiche anche estremamente efficaci, si appoggiano su teorie che descrivono la *psiche* come un luogo costituito di zone a maggiore o minore profondità o accessibilità; le tattiche suggestive prevedono in questi casi manovre che contemplano l'esistenza di questi luoghi, trascurando che, solo per fare un esempio, luoghi come l'*inconscio* appartengono più agli effetti della fama della psicanalisi sulla cultura condivisa che a qualche empirica, anatomica o funzionale divisione dell'animo umano. In questi casi va opportunamente tenuto in considerazione quanto l'espedito chiamato inconscio regga di fronte all'interlocutore e al contesto. Alcune metafore, alcune storie, alcuni segni, vanno opportunamente modulati sulla base della persona con la quale vengono adoperati, in quanto gli universi simbolici da questi abitati possono variare notevolmente. Non è raro incontrare clienti che pensano a se stessi e al proprio comportamento come la conseguenza di qualche determinismo atomico: in queste persone l'inconscio non è contemplato e sarebbe superfluo iniziare una diatriba con loro per chi ha ragione. Prendendo a prestito invece elementi del mondo dell'interlocutore, il suo modo di dare senso e valore alle cose, è possibile costruire di volta in volta procedure che possano orientare l'attenzione percettiva, oppure che possano ristrutturare le cornici di senso entro le quali verrà percepito il dolore. Camminare a piedi nudi su di una spiaggia di ciottoli può essere impossibile per il dolore provato se si ricevono troppe attenzioni materne, ma l'adolescente della comunità locale che deve dimostrare il suo valore imparerà presto a correre sui ciottoli non provando realmente alcun dolore; d'altronde un pubblico attonito e sbigottito per la prodezza può far camminare sui carboni ardenti colui che impara a credere che davvero non prova dolore, non provandolo sul serio.

Riferimenti bibliografici

- Cerbo R., Giglio A. (2010), *Il significato del dolore nelle religioni monoteiste*, Edizioni romane di cultura.
- Daniélou A. (1992), *Mythes et dieux de l'Inde*, tr. it., *Miti e dei dell'India. I mille volti del pantheon induista*, Bur, Milano, 2002.
- Eckel M.D. (2003), *Understanding buddhism*, Duncan Baird, tr. it. *Capire il buddhismo*, Universale Economica – ORIENTE, 2007.
- Faccio E. (2007), *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Giunti, Firenze.
- Le Breton D. (1995), *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris; tr. it. *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma, 2007.
- Le Breton D. (2000), *Anthropologie du corps et modernité*, Universitaires de France, Paris; tr.it. *Antropologia del corpo e modernità*, Guffrè, Milano, 2007.
- Pagliari G. (2011), *Psicologia clinica ospedaliera*, in A. Salvini e M. Dondoni (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze.
- Van Gennep A. (1909), *Les rites de passage*, Emile Nourry, Paris; tr.it. *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino (1981).
- Zola I. K. (1966), Culture and symptoms. An analysis of patient's presenting complaints, *American Sociological Review*, 31, 624-625.