

Quando il dolore fa male Analisi dell'esperienza di dolore secondo una prospettiva interazionista

*Emilio Ruffolo**

Riassunto. L'articolo indaga il fenomeno del dolore fisico analizzando come tale fenomeno viene costruito nelle teorie di senso comune e all'interno del modello medico. Successivamente si propone l'utilizzo di un approccio interazionista per leggere l'*esperienza del dolore*, che non coincide con la *nocicezione*, portando alcuni esempi a sostegno.

Parole chiave: Dolore; Sofferenza; Tradizioni culturali

Abstract. The paper investigates the phenomenon of physical pain by analyzing how this phenomenon is constructed in the theories of common sense and within the medical model. Subsequently, an interactionist perspective throughout which the experience of pain can be reconsidered in ways that do not correspond with nociception, will be outlined.

Key words: Pain; Suffering; Cultural Tradition

1. Introduzione

Si potrebbe dire che qualsiasi essere umano abbia sofferto, soffrirà e probabilmente sta soffrendo una qualche forma di dolore ma non altrettanto facilmente si potrebbe affermare che gli esseri umani abbiano vissuto, vivono e vivranno la stessa esperienza. L'esperienza del dolore è protagonista, infatti, di un efficace gioco di illusione, nasconde dietro l'omogeneità della tinta scura di cui la vestiamo uno spettro potenzialmente infinito di gradienti di colore. Il gioco di prestigio riesce grazie alle particolari condizioni all'interno del quale si genera questa esperienza. L'articolo intende descrivere tali condizioni e modalità.

Il dolore a cui faccio riferimento è quello che comunemente interviene quando subiamo un danno corporeo indipendentemente dalla sua intensità o possibile tipologia: la sofferenza della rottura di un osso, il bruciore della puntura di un insetto. Nella *realtà dominante* (Berger & Luckmann, 1966) il dolore appare ai più come auto-evidente nell'esperienza, uno stimolo che *naturalmente* sorge dal corpo, la cui origine viene spesso ricondotta a un meccanismo fisiopatologico che lo genera; quest'ultimo spesso viene assunto come fonte di spiegazione e banco di prova dell'autenticità della lamentela.

Questa visione di senso comune, scientificamente ingenua, sembra incorporare in sé la costruzione del dolore offerta dal modello medico; d'altra parte i medici, nella nostra

* *Psicologo, specializzando della Scuola di Psicoterapia Interattivo-cognitiva.*

società, rappresentano voci autorevoli con le quali confrontare le proprie teorie sul dolore. La International Association for the Study of Pain (IASP) è una nota istituzione medica che redige da anni una sorta di glossario dei termini che fanno parte dell'alone semantico della parola *dolore*, la IASP Taxonomy¹, offrendoci delle interessanti definizioni di nocicezione (*nociception*) e dolore (*pain*) che ci permettono di comprendere in maniera approfondita la teoria del dolore in seno al modello medico.

Nociception

The neural process of encoding noxious stimuli².

Note: Consequences of encoding may be autonomic (e.g. elevated blood pressure) or behavioural (motor withdrawal reflex or more complex nocifensive behaviour). Pain sensation is not necessarily implied.

Pain

An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.

Note: [...] Pain is always subjective. Each individual learns the application of the word through experiences related to injury in early life. Biologists recognize that those stimuli which cause pain are liable to damage tissue. [...] Many people report pain in the absence of tissue damage or any likely pathophysiological cause; usually this happens for psychological reasons. There is usually no way to distinguish their experience from that due to tissue damage if we take the subjective report. If they regard their experience as pain, and if they report it in the same ways as pain caused by tissue damage, it should be accepted as pain. [...] Activity induced in the nociceptor and nociceptive pathways by a noxious stimulus is not pain, which is always a psychological state, even though we may well appreciate that pain most often has a proximate physical cause.

La sola presenza di questi due termini all'interno della tassonomia di fatto opera una distinzione, a mio avviso molto utile, tra *nocicezione*, processo di elaborazione di uno stimolo doloroso generato da un danno tissutale ad opera di un sistema neurale che non implica necessariamente l'esperienza di dolore (Kandel, Schwartz & Jessell, 2003) ed *esperienza di dolore* (*pain*).

La *nocicezione* (*nociception*) è oggetto di studio delle discipline che si occupano della composizione e della fisiologia dei sistemi organici. L'indagine riguardo la nocicezione, lungi dall'essersi esaurita, ha individuato numerosi aspetti del funzionamento di questa declinazione del sistema sensoriale tra cui i fasci nervosi, i trasmettitori chimici, le aree cerebrali attivate, i sistemi di modulazione. Gli studi condotti in quest'ambito condussero alla formulazione di teorie interessanti già cinquant'anni addietro, come quella di Melzack e Casaey (1965) che propongono la celebre teoria del *gate control*, secondo cui la stessa architettura del sistema sensoriale suggerisce una modulazione top-down degli stimoli

1 <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

2 Noxious stimulus: A stimulus that is damaging or threatens damage to normal tissues. (IASP Taxonomy, nota "1")

dolorosi, teoria questa la cui valenza non si è ancora esaurita. Intorno all'indagine scientifica si è sviluppata una serie di prassi mediche di natura chirurgica e farmacologica per intervenire nella modulazione del processo nocicettivo.

La definizione di dolore (pain) offertaci dalla IASP individua una sorta di doppia natura di questo fenomeno che è descritto come un'esperienza spiacevole *sensoriale* ed *emotiva*: *sensoriale* in quanto riferita alle modificazioni neurofisiologiche, mentre *emotiva* in quanto legata all'esperienza psicologica. Secondo tale definizione il *dolore* si individua secondo due criteri: (a) l'associazione con un danno ai tessuti o quantomeno (b) con la presenza di un resoconto sufficientemente simile a quello di un individuo con accertato danno. In realtà il secondo criterio apre a possibilità che minano l'affermazione della doppia natura del dolore: un dolore solo descritto potrebbe essere inteso come un dolore meramente psicologico, un'esperienza quindi solo *emotiva*. Gli impliciti sono scolti nella nota nella quale si sostiene il primato della biologia nella descrizione del dolore. Infatti, partendo dall'affermazione che la biologia abbia riconosciuto che il dolore è legato a un danno tissutale, si argomenta che di fronte a un paziente che lamenta sofferenza in assenza di una provata causa fisiopatologica, sarà denotato come dolore solo quello la cui narrazione sarà la stessa che sarebbe stata offerta dal paziente in caso di accertato danno, poiché - quanto segue è un implicito che a mio avviso emerge nel testo - il danno tissutale è il segno che spiega il sintomo "dolore". In un'ultima analisi, in aperta contraddizione con le affermazioni "è *sempre psicologico*" ed "è *sempre soggettivo*", si sostiene quindi che la *vera* esperienza di dolore è generata da uno specifico meccanismo fisiopatologico oggettivamente diagnosticabile, la cui individuazione fornisce la prova dell'esistenza dell'esperienza, sovrapponendo in buona parte la definizione di dolore a quella di nocicezione.

Una tale definizione di dolore esclude quindi tutte quelle condizioni in cui il dolore non si esprime secondo le modalità della spiacevolezza come la vita sessuale di un masochista o quelle condizioni in cui una persona riporta una sofferenza ma la tecnica medica non permette di diagnosticare un danno tissutale. La concomitanza tra dolore e spiacevolezza, così come la corrispondenza tra dolore e nocicezione, si rivela foriera di confusioni e imprecisioni.

A fronte di una chiara definizione di nocicezione, la definizione di dolore richiede di essere chiarita. Si potrebbe argomentare che quest'ultima è frutto dell'uso spurio e non proficuo del modello medico, nel tentativo di descrivere un fenomeno che è al di fuori del suo campo di pertinenza. La definizione di dolore proposta dalla IASP, infatti, poggia sul presupposto di dotare di un referente empirico-oggettuale l'esperienza di dolore, referente che viene individuato nel danno tissutale; su tale oggetto sono poi applicati le teorie e i meccanismi concettuali che caratterizzano il modello medico, tra cui la spiegazione casuale e la separazione mente-corpo, considerando la mente epifenomeno del corpo. Tale operazione è facilitata dal fatto che nella quotidiana esperienza di dolore, ancoriamo quanto proviamo a quanto percettivamente più saliente, ovvero la ferita, mentre il livello di consapevolezza dei sistemi simbolici che utilizziamo per costruire la realtà che viviamo è spesso relativamente basso. Ciononostante, in termini rigorosi, l'attribuzione di un referente-empirico oggettuale all'esperienza di dolore è discutibile: si può argomentare che l'esperienza di dolore sia un fenomeno privo di referente-empirico oggettuale o quantomeno che, qualora si volesse indagare nella sua

dimensione psicologica, risulta vantaggioso considerarlo relativamente slegato da eventi di natura organica e fisiologica.

Adottando un approccio 'emergentista', si può sostenere che "l'esperienza di dolore" giace su un livello di realtà diverso da quello dei fenomeni organico-fisiologici; pur concordando sul fatto che l'esperienza di dolore probabilmente non si darebbe in assenza di un organismo dotato di un sistema nocicettivo, si sostiene che i fenomeni che si generano nel campo dell'esperienza psicologica siano qualitativamente diversi rispetto a quelli bio-fisiologici e non riducibili a quest'ultimi. In altre parole si argomenta che il sistema sensoriale nocicettivo è necessario per rendere possibile l'esperienza di dolore ma l'esperienza di dolore non è descritta dal funzionamento del sistema nocicettivo ed in quanto tale necessita di un altro apparato conoscitivo.

Secondo l'epistemologia dei livelli di realtà (Salvini, 2004), l'evento "esperienza dolorosa" giace su un livello di realismo concettuale all'interno del quale la realtà non esiste così come quella materiale, ma è il prodotto delle categorie conoscitive e linguistiche utilizzate per descriverla. In questo sistema si generano infinite "configurazioni di realtà" la cui consistenza è rilevabile negli effetti pragmatici che generano. La stessa esperienza di dolore si configura quindi sulla base dei discorsi che la narrano, motivo per cui diventa impossibile costruire una definizione di esperienza di dolore che descriva tutte le possibili configurazioni, salvo costruendo una definizione molto lassa che poco ci dice del volto di questa esperienza per una persona che la sta provando; ad esempio potremmo definire "esperienza di dolore" tutte quelle forme di esperienza che si accompagnano alla percezione di una qualsiasi forma di danno del proprio corpo.

La posizione interazionista (Salvini, 2004; Salvini & Dondoni, 2011), accogliendo questi presupposti, si candida ad essere considerata un valido punto di osservazione di tale esperienza. Secondo tale prospettiva, l'individuo, attivo costruttore di realtà, negozia ininterrottamente i significati nel dialogo con le voci esterne del contesto che abita e le voci interne di cui è portatore; tutte le voci saranno portatrici di costruzioni legate indistricabilmente a tradizioni e sistemi di credenze socializzati nella storia di quella voce. Nella incessante dialettica tra queste voci si generano delle realtà simboliche locali, ovvero contestualmente limitate, che l'individuo abita. Osservata con gli occhi di questo modello, l'esperienza di dolore è generata da un'intenzionale attribuzione di significato, negoziata nel dialogo tra i sistemi di credenze che sono offerte all'individuo nella propria storia personale e ulteriori aspetti di contesto. Interrogarsi quindi sui processi che generano tale esperienza significa prendere in considerazione tali sistemi di credenze, ascoltare tutte le voci significative che hanno qualcosa da dire in merito all'esperienza dolorosa, interrogare le intenzioni dell'individuo agente e posizionarle nel contesto in cui avviene l'azione.

Quanto riportato nel paragrafo successivo è una panoramica di alcune dimensioni che partecipano alla costruzione dell'esperienza di dolore. Prima, però, occorre puntualizzare alcune premesse: (a) la distinzione che opero tra le varie dimensioni è di natura retorica e metodologica, non nasce quindi dalla necessità di riflettere la struttura ontologica del reale ma è un espediente che ritengo utile per esplorare i processi che generano tale esperienza; (b) le modalità attraverso le quali queste dimensioni partecipano alla costruzione dell'esperienza dolorosa non deve essere intesa secondo

logiche meccanicistiche: utilizzando come metafora quella della miscela dei colori, secondo una logica meccanicistica, rosso e verde produrranno sempre giallo, mentre secondo una logica semantica che organizza le relazioni tra queste dimensioni, l'esito della mescolanza di giallo e verde è sempre imprevedibile, sebbene si possa argomentare che con una certa probabilità sarà giallo.

2. Tradizione culturale

Per "dimensione culturale" intendo "l'insieme delle significazioni implicite che l'individuo assimila durante la socializzazione primaria e che organizzano il primo substrato del senso di identità personale e dell'altro generalizzato" (Romaioli & Salvini, 2016, p.10). Nello specifico mi concentrerò sulla tradizione religiosa e sulle tradizioni nazionali.

Le tradizioni religiose si sono confrontate da sempre con il significato del male e della sofferenza. Il dolore rientra, in buona misura, nelle esperienze marginali della nostra vita per le quali le metafisiche offrono sistemi di legittimazione che riconducono tali esperienze a un ordine condiviso, battezzandole con uno specifico significato e fornendo gli strumenti per viverli *correttamente* (Berger & Luckman, 1966). La tradizione cristiana riconduce la presenza del dolore al peccato originale, il dolore si tinge di morale e diviene simbolo dell'ineluttabile condizione di peccatore dell'individuo ma, allo stesso tempo, è mezzo di redenzione e di purificazione, poiché permette di partecipare alle sofferenze del Cristo sulla Croce, condividere la sua passione, aprire una via di accesso per l'incontro con Dio. I progressi della tecnica che smorzano l'ineluttabilità della sofferenza con gli analgesici e le transizioni a nuove scale valoriali condivise tra le file dei credenti, hanno partecipato a una riformulazione della teoria cristiana sul dolore che, sebbene abbia abbandonato la sua posizione estremamente 'dolorista', continua a dare particolare significato alla sofferenza in cui la dimensione espiatoria resta fondamentale (Le Breton, 1995), spesso sottesa e pregnante.

Le correnti religiose nate dalla Riforma offrono tutt'altra visione, il dolore perde il suo potere espiatorio, non è più simbolo di virtù ma solo simbolo della caduta dal paradiso dell'uomo; è legittimo evitarlo e combatterlo, poiché indifferente a Dio. Nell'Islam il dolore si configura come una prova con la quale Dio verifica la fede degli uomini, il fedele che crede nel disegno divino accoglierà il dolore senza ribellarvisi; a differenza del cristianesimo nel dolore non vi è colpa, ogni vita è predestinata ed in essa ogni sofferenza. Il fedele islamico ritiene che Dio abbia creato il dolore e i suoi balsami che sono la preghiera, la prima medicina e la tecnica medica. Secondo tale metafisica indugiare nel dolore senza usare gli strumenti offerti da Dio è peccato quanto fuggire il dolore con narcotici o metodi per indursi la morte, poiché segni di mancanza di fede nel disegno divino. Ogni metafisica configura il dolore in maniera diversa e, secondo il teorema di Thomas, genera un'esperienza diversa. Possiamo ipotizzare che un fervente cristiano viva la stessa esperienza di dolore di un protestante? Quanto significativa sarà la dottrina metafisica in cui ha fede? Che distanza c'è tra me, agnostico cittadino degli anni Duemila, e un monaco che veste il cilicio?

Il ruolo dei fattori culturali nel generare l'esperienza di dolore è noto nella letteratura antropologica e sociologica. In uno studio, diventato un classico della sociologia del dolore, Zola (1966) confronta le modalità di comunicazione della propria malattia di italiani e irlandesi ad un consulto medico ed individua differenze sostanziali tra i due

gruppi: (a) differenze nell'individuazione della zona del corpo oggetto di lamentele; (b) gli irlandesi più degli italiani, con uguale diagnosi, affermano che il dolore non sia parte della loro esperienza; (c) gli irlandesi descrivono il loro dolore nei termini di una specifica disfunzione mentre gli italiani di una difficoltà diffusa; (d) gli italiani, nonostante ricevessero la stessa diagnosi degli irlandesi, riportano più sintomi, in più parti del corpo e individuano più disfunzioni; (e) l'autore individua una certa indipendenza negli italiani tra la zona del corpo che la diagnosi individua come malata e la zona del corpo oggetto di preoccupazione, ovvero gli italiani, a differenza degli irlandesi, non dimostrano preoccupazione e sofferenza per la zona oggetto di diagnosi; (f) gli irlandesi più degli italiani raccontano di essere stati seriamente malati, coerentemente la loro storia clinica presenta più visite mediche, più diagnosi di malattie, più operazioni chirurgiche e, nel consulto che Zola registrava, maggiore preoccupazione e senso di urgenza da parte del medico indipendentemente dalla gravità della condizione presentata.

Le differenze tra i due gruppi danno sostanza all'ipotesi della condivisione nei gruppi di un sistema di credenze che guida quantomeno la comunicazione della sofferenza, sebbene le osservazioni "d", "e" ed "f" dimostrino come sistemi di credenze e modalità di comunicazione generino effetti di realtà che segnano l'esperienza psicologica di dolore creando una frattura tra quanto diagnosticato e quanto raccontato dai pazienti. Lo studio lascia adito all'ipotesi che modalità diverse di narrare l'esperienza dolorosa, generino esperienze qualitativamente diverse e non riducibili a un esame medico oggettivo.

L'esperimento condotto da Clark e Clark (1980) ci offre ulteriori motivi di riflessione a riguardo. Questi due studiosi confrontano cinque escursionisti (di lingua inglese, con una formazione universitaria, di tradizione religiosa cristiana o giudea) e sei nepalesi (non anglofoni, di professione facchini di percorsi di montagna, con un basso grado di scolarizzazione e buddisti) con un test quantitativo che misurava la capacità di discriminare stimoli dolorosi e la soglia di dolore, compiendo le misurazioni sul campo. I risultati mostrano che tutti i partecipanti hanno la stessa capacità di discriminare gli stimoli dolorosi, ma la soglia di dolore dei nepalesi si dimostra significativamente più alta. In altre parole il sistema sensoriale deputato alla codifica dello stimolo doloroso funziona all'incirca nella stessa maniera tra i partecipanti mentre la soglia di dolore risulta incrinata dall'appartenenza al diverso gruppo culturale.

Allontanandoci nello spazio e nel tempo per giungere nei luoghi abitati da alcune culture lontane, il dolore assume forme diverse: in molte tradizioni è un elemento essenziale dei riti iniziatici e diventa l'inchiostro che segna la carne e che rende legittima l'assunzione di nuovi ruoli sociali da parte dell'individuo. G. Catlin (1796-1872), disegna e narra il *Mandan*, rito iniziatico delle tribù native dell'America del Nord, un lungo rito che prevede una successione di digiuno, sospensioni, perforazioni e altre pratiche che lacerano la carne (fig. 1). Scrive riferendosi a un giovane indiano che partecipava al rito da iniziato:

"mentre il coltello affondava nella carne, tutti mantengono un'espressione impassibile e parecchi di loro, vedendomi disegnare, mi fecero cenno di guardarli in faccia, cosa che feci per tutta la durata di quella scena orribile senza vedere altro che il sorriso più aperto mentre mi guardavano dritto negli occhi e io sentivo il coltello lacerargli le carni, a tal punto sconvolto che lacrime involontarie e incontrollabili mi colavano sulle guance" (Le Breton, 2010, p.187).

Allo sguardo del lettore contemporaneo, tali dimensioni possono sembrare lontane, non influenti, eppure i loro echi risuonano negli spazi che abitiamo. Il dolore, anche nelle biografie lontane da insegnamenti religiosi, continua ad essere associato a specifiche dimensioni di significato e di frequente ad una dimensione morale.

L'analisi etimologica rivela inoltre la sedimentazione di tale dimensione nelle parole usate nel linguaggio quotidiano per connotare questa esperienza: per l'italiano *dolore*, trae da *dòl-eo*, "sento male" dove male deriva dal latino *malum*: *male*, *disgrazia*, *danno*, *delitto*, *colpa*; per l'inglese *pain*, simile al francese antico *peine*, che deriva dal latino *poena*, ovvero *pena*, *punizione*, *castigo*, *condanna*; il termine *pain* era usato con riferimento a un dolore inflitto come punizione per un illecito³. Il dolore quindi è sempre oggetto di connotazioni e "implica sempre una metafisica" (Le Breton, 1995, p.102).



Fig. 1. The Cutting Scene, Mandan O-kee-pa Ceremony, 1832
https://en.wikipedia.org/wiki/George_Catlin#/media/File:George_Catlin_-_The_Cutting_Scene,_Mandan_O-kee-pa_Ceremony_-_Google_Art_Project.jpg

3 Oxford English Dictionary, <https://en.oxforddictionaries.com/definition/pain>.

3. Dimensione sociale

La "dimensione sociale" include invece "i significati costruiti e negoziati all'interno di discorsi sociali storicamente definiti, e che risultano pertanto convenzionalmente legittimati e resi salienti" (Salvini & Romaioli, 2016, p.10).

L'antropologa urbana C. Petonnet racconta la particolare declinazione dell'esperienza di dolore tra gli abitanti di aree degradate nel perimetro urbano francese. In queste comunità la preoccupazione per la salute è del tutto assente, il corpo sofferente viene azzittito, ignorato e affrontato con durezza e spavalderia "ho la pellaccia dura io, neanche la morte mi vuole" (Le Breton, 1995, p.127). Si ignorano calcoli epatici per anni, ferite purulente e ascessi sanguinanti, la scarsa cura di sé stessi, la distanza percepita con i professionisti della società civilizzata, l'importanza dell'essere "forti" sono tutte dimensioni simboliche che partecipano a spegnere il dolore, lo spingono al di là della consapevolezza.

In alcuni contesti operai, così come in quelli rurali, similmente a quanto avviene nei contesti degradati, si legittima e si vive la sofferenza solo quando altera profondamente la possibilità di prendere parte alle attività quotidiane (Le Breton, 1995). Sebbene l'effetto sia simile, in questo caso i valori che lo generano sono ben altri, primo tra tutti il lavoro come mezzo di affermazione e benessere: colui che lavora nonostante la malattia è considerato un esempio, uomo eccellente. La narrazione condivisa mitizza il lavoro e il dolore si configura come "ciò che non permette il lavoro", tale narrazione diventa prassi e si iscrive nella carne, spostando la soglia di sensibilità al dolore verso l'alto.

In alcuni ceti medi e soprattutto privilegiati si abitano credenze totalmente diverse: il mantenimento della salute e la necessità di rimanere in forma sono valori condivisi che generano un atteggiamento per cui ogni minimo disturbo del corpo è oggetto di attenzione sin dalla sua prima manifestazione, trattato con sospetto, oggetto di consulti, monitoraggi, quasi coltivato e sempre accompagnato da qualche forma di dolore.

Le comunità di sportivi, offrono un ulteriore esempio di quanto l'esperienza di dolore sia plasmata dall'attribuzione di significato operata dagli individui, anche sulla base dei sistemi di credenze che hanno socializzato. Gli sportivi spesso hanno una conoscenza articolata del dolore: c'è il dolore secco e cieco dello strappo muscolare che sorge insieme alla consapevolezza che non si potrà partecipare alla competizione e c'è il dolore dell'allenamento che può diventare l'obiettivo da raggiungere, il limite da imparare a conoscere, per spingerlo sempre più in là dando spazio al miglioramento della prestazione. L'allenamento consiste quindi nell'addomesticare il dolore e l'allenatore è la guida in questo processo: il suo obiettivo non è rafforzare solo i muscoli, coltivare l'intelligenza tecnico-tattica, ma anche *rafforzare la testa*, spingere i limiti della sofferenza. S., ballerina con una prima formazione classica ed una più recente di danza

contemporanea, nel corso di un'intervista di ricerca alla quale ha partecipato, racconta che nella formazione di una ballerina classica il dolore è un capitolo della disciplina del corpo che viene studiata durante la preparazione. Il dolore si configura come necessario, imparare a sentirlo è importante poiché la sua presenza è un criterio di autovalutazione: sentire dolore significa che stai allungando i muscoli più di quanto sei capace; se stai soffrendo, se stai "sudando in sala" significa che stai lavorando seriamente; il dolore fornisce alla ballerina la prova del suo impegno. All'interno di questa disciplina il dolore diventa quotidiano "lavoro", "lo apprezzi", si intreccia con le motivazioni che sostengono la formazione e può essere chiamato anche piacere: "il piacere del dolore delle punte, e del sangue quando usciva". S. racconta anche di come la danza contemporanea si proponga invece in termini di rottura rispetto alla classica: all'interno di questa nuova disciplina si accoglie il principio del "minimo sforzo, massimo risultato" da cui deriva un nuovo rapporto tra la pratica e il dolore, il quale perde la centralità che ha nell'impostazione classica. La storia di S. illustra come ogni disciplina sportiva sia portatrice di un

vero e proprio sistema di credenze, regole e criteri valutativi che hanno il potere di generare una specifica esperienza di sé stessi anche quando il corpo soffre.

Il movimento del Modern Primitivism è un'ulteriore fonte di riflessione in proposito: questo movimento coinvolge persone che si collocano geograficamente e culturalmente nelle nazioni economicamente sviluppate che praticano una serie di riti, propri delle culture primitive, in cui è presente un'esperienza di lacerazione della carne: dai più comuni piercing e tatuaggi, ai play piercing, fino a sospensioni (fig.2), privazioni (di cibo, di sonno, deprivazioni sensoriali), costrizioni (compressione, bondage, corset training), branding, cutting, scarificazioni, portare oggetti pesanti agganciati alla pelle o farsi trafiggere in punti del corpo non vitali. I riti per le persone coinvolte in questi movimenti assumono significati diversi: viaggi spirituali, occasioni per conoscersi o strumenti per riappropriarsi del proprio corpo e delle sue sensazioni. All'interno del rito quello che i più considererebbero dolore si dissolve in altri nuclei semantici; Fakir Musar, tra i creatori del movimento, difatti non lo chiama neanche dolore:

"Pain to me is intense sensation that you neither expect nor want. Like, for instance, if you get up in the middle of the night and you stub your toe on the bed - that's pain, and I feel it just like anybody else. If, on the other hand, it



Fig 2. Fakir Musafar, sospensione.

was full daylight and I was deliberately tapping my toe against an iron bed and it started to give me intense sensation that would not be pain.”⁴

4. Il dolore nelle biografie individuali

La sola considerazione della dimensione culturale e della dimensione sociale mostrano come l'esperienza di dolore sia il frutto di un'attribuzione di significato, prodotto delle categorie negoziate dall'attore con un contesto di appartenenza. Muovendoci ad un livello di analisi più squisitamente psicologico e soggettivo possiamo infine leggere l'esperienza di dolore in funzione del valore che assume in ogni biografia.

Gadamer (1994) individua nella segretezza l'aspetto fenomenico essenziale della salute: la salute, quando è presente, non è percepita. Il benessere, dunque, l'assenza di sofferenza ci accompagna silenziosa nelle nostre vite, mentre ne diventiamo consapevoli solo quando la sofferenza si manifesta nella nostra esperienza. Nelle storie di vita in cui l'assenza di sofferenza è una realtà, la comparsa del dolore si configura di solito come una frattura narrativa. Il dolore inatteso strappa l'individuo dalla sua normalità e dalla percezione ordinaria che ha di sé stesso. Con il suo cronicizzarsi o rendersi saliente, il dolore potrebbe diventare uno dei nuclei semantici attorno ai quali la trama si genera, trasformandosi ad esempio in un aspetto identitario la cui esistenza si fonde con l'esistenza stessa dell'individuo; è il caso, ad esempio, di coloro che intraprendono la “carriera del malato/sofferente” (Le Breton, 2010) e di altre possibili biografie in cui ‘senza il dolore diventa impossibile vivere’.

In alcune circostanze, il ruolo di persona che soffre può anche assumere una valenza strumentale e generare dei vantaggi secondari che possono riverberarsi su aspetti concreti, psicologici o relazionali. In altre situazioni ancora, l'esperienza del soffrire può configurarsi come una tentata soluzione, come ad esempio alcune forme di cefalea che allontanano da situazioni temute o il dolore che non permette di provare piacere a chi non crede di meritarselo. Le possibili configurazioni di tali esperienze diventano intelligibili solo quando si approfondisce la dimensione personale e soggettiva, la quale ovviamente va colta nei contesti simbolici e relazionali in cui si esprime.

Le Breton (1995) riporta anche situazioni di persone che, rivoltesi a un consulto medico per un dolore sperimentato, incontrano lo sguardo perplessito del diagnosta che non riesce a trovare una causa oggettiva alla loro sofferenza. La mancata risposta dell'esperto può trasformarsi in un vuoto di senso che produce di per sé di dolore, fino al punto che anche una diagnosi infausta può essere considerata meno spiacevole di uno smarrimento dal momento in cui restituisce la propria esperienza a qualche forma di ordine simbolico.

Gli aspetti di contesto contingenti condizionano infine l'esperienza stessa del soffrire. Per un militare ferirsi in guerra non ha lo stesso valore che ferirsi a casa mentre taglia la legna, indipendentemente dalla gravità della ferita. G., una giovane madre che ha deciso di partorire da sola in casa, racconta che durante le contrazioni non vuole il marito nella stanza perché sente maggior dolore; spiega che il parto è un momento di grande crisi in cui ha bisogno di tutte le sue forze ma in presenza del marito non riesce a raccoglierte tutte perché si affida a lui, tralasciando delle importanti risorse personali. Quando resta

⁴ <http://lycaenum.org/~maverick/musa.htm>

sola durante le doglie si sente meglio. Che dire, infine, di quanti soddisfano i propri desideri sessuali con pratiche erotiche centrate su riti in cui si dispensa sofferenza in forme ritualizzate, di soldati in guerra lacerati da ferite che continuano a combattere, dei fachiri, degli artisti come Günther Brus o Gina Pane che dell'esperienza di dolore ne hanno fatto una rappresentazione artistica? Quale esperienza di dolore vivono e quali significati vi attribuiscono in quei momenti?

5. Conclusioni

Il modello interazionista pone attenzione ai contesti interattivi che partecipano alla configurazione di una specifica esperienza. Indagare l'esperienza di dolore corrisponde ad intercettare i processi semiotici che generano tale esperienza. Più che a un oggetto empirico, l'esperienza di dolore può essere assimilata a un "sistema di segni socialmente rilevante" (Salvini, 2004) frutto non tanto del funzionamento di un meccanismo neurofisiologico, ma dell'atto interpretativo intenzionale di un attore. La dimensione neurofisiologica di un'esperienza etichettata come dolorosa non è sufficiente alla sua definizione psicologica, poiché non permette l'accesso alla dimensione semantica e contestuale che la articola.

Va precisato che nell'individuare nel modello interazionista un riferimento adeguato per l'indagine dell'esperienza dolorosa, non si intende screditare l'approccio medico, né si vuole sostenere una sorta di riduzionismo psicologico. L'indagine operata su altri livelli di realtà viene considerata non solo interessante, ma estremamente utile al fine di costruire un apparato conoscitivo che permetta di comprendere e di creare delle prassi operative efficaci, ma solo fintanto che tale indagine rimanga entro i confini del proprio campo di pertinenza.

"Il dolore non è uno solo, è frammentato nelle infinite esperienze individuali, spesso indicibili, racchiuso nell'intimo di ciascuno. Il dolore non ha una emanazione organica corrispondente a una quantità precisa di sofferenza: la percezione che se ne ha dipende dal contesto e dal significato attribuito all'esperienza. In prima istanza, la persona soffre del significato che iscrive nel proprio dolore" (Le Breton, 2010, p. 73)

Essere pensatori a più livelli significa condividere quanto affermato da Le Breton, ovvero riconoscere che tale affermazione è valida per quanto concerne la dimensione psicologica dell'esperienza di dolore, mentre non avrebbe nessun senso parlando di nocicezione.

Gli operatori della salute, che quotidianamente affrontano le questioni relative al dolore, sono chiamati quindi ad essere *pensatori a più livelli*, cioè a distinguere la dimensione psicologica dell'individuo da quella meramente fisiologica, per agire con modalità adeguate su ognuna di esse. La distinzione tra "esperienza di dolore" e "nocicezione", quindi tra dimensione psicologica e fisiologica, non va intesa infine come una separazione funzionale tra mente e corpo, piuttosto come la configurazione di due 'livelli di realtà' differenti in reciproca interazione. Comprendere questo significa scongiurare il rischio di ridurre un livello ad un altro, e di adottare pratiche o concettualizzazioni che si rivelino in ultima istanza improprie o inefficaci.

Riferimenti bibliografici

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *La realtà come costruzione sociale*, tr. It. Il Mulino, Bologna.
- Chiari, G. & Nuzzo, M.L. (1987). *The constructs and trinities: Kelly and Varela on complementarity and knowledge. Paper presented at the Seventh International Congress on Personal Construct Psychology, Memphis, TN. August 5th-9th.*
- Clark, W.C. & Clark, W.C. (1980). Pain responses in Napalese porters. *Science* 18, 209(4454), pp. 410-412.
- Gadamer, H.G. (1993). *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal construct*, Norton, New York.
- Le Breton, D. (1995). *Antropologia del dolore*. Meltemi editore, Roma.
- Le Breton, D. (2010). *Esperienze del dolore, tra distruzione e rinascita*. Raffaello Cortina, Milano.
- Salvini, A. (2004). *Psicologia clinica*, Upsel Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. & Romaioli, D. (2016). Migranti: integrazione identitaria e resistenze al cambiamento, *Scienze dell'interazione*, N. 1-2, pp. 8-19.
- Zola, I.K. (1966). Culture and Symptoms – An analysis of patient's presenting complaints, *American Sociological Review*, 31(5), pp. 615-630.