

IL PAZIENTE CRONICO E LA SOFFERENZA NELLA RIFLESSIONE FILOSOFICA

A. Montano

Dipartimento di Filosofia, Università degli Studi, Salerno

A philosophical outlook on pain in relation to the patient

Pain is perceived by the patient as a reduction of his speaking and acting capacity. When the pain gets worse, the patient will anticipate the end of his capacity to enjoy life and relate to other people; he will also see the spectre of death. The patient and his family expect a medical answer to the problem. Today's technological mentality takes into consideration only medical treatments. Medical and human aid is irreplaceable and invaluable to patients, and it is their due. However, it is not the only answer; solidarity also has great value, and so do words and looks. (G Ital Nefrol 2008; 25: 658-61)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Medical aid,
Human aid,
Capacity
to enjoy life,
Capacity to relate
to other people,
Pain,
Death,
Physician's role,
Solidarity,
Medical
technology,
Value of the look,
Value of words

PAROLE CHIAVE:

Aiuto medico,
Aiuto umano,
Capacità di
godere la vita,
Capacità di
relazionarsi,
Dolore,
Morte,
Ruolo del
medico,
Solidarietà,
Tecnologia
medica,
Valore dello
sguardo,
Valore delle
parole

✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Aniello Montano
Dipartimento di Filosofia
Università di Salerno
84084 Fisciano (SA)
e-mail: amontano@unisa.it

La sapienza biblica, per bocca di Giobbe, ammonisce "L'uomo ha vita breve e piena d'affanni", "come un fiore sboccia e appassisce". Quasi a farle eco, la sapienza greca ricorda che gli Dei non hanno concesso niente agli uomini senza affanno e fatica. Da entrambe le affermazioni si ricava la piena consapevolezza che il dolore è costitutivo dell'esistenza umana. Ha accompagnato tutta la storia dell'umanità. Non ne è, però, l'essenza, come vorrebbero il Buddismo e Schopenhauer. La storia dell'uomo è, sì, dolore e sofferenza, ma è anche altro. È espressione di vitalità, di desiderio, di creatività, di felicità e tante altre cose ancora. Se il dolore è avvertito e sofferto con maggiore intensità ed è considerato tanto profondamente radicato nell'esistenza umana, fino a esserne avvertito come la "cifra" assoluta, è perché limita, condiziona e, nei casi estremi, come nei pazienti termina-

li, annulla tutti gli altri aspetti positivi ed espansivi della vita stessa. Viene avvertito come interruzione del *ben-essere*, di quello stato esistenziale in cui l'io, l'aspetto psichico del soggetto fa tutt'uno con lo stato corporeo. Nella percezione del dolore, la parte psichica sembra soverchiata, schiacciata sotto il peso del corpo dolente. La sensazione di *ben-essere* viene disturbata, compressa fino ad essere cancellata, e, con essa, viene modificato e alterato il rapporto con il mondo circostante.

L'esperienza del dolore ha come risposta l'emozione della sofferenza. Il soggetto dolorante e sofferente sente fortemente compromessa ogni sua naturale potenzialità. Avverte un forte depotenziamento delle forze vitali, della sua capacità di proiettarsi in avanti verso un avvenire, da pensare e costruire. Si accorge del venir meno della *tensione-verso*, dell'*apertura-a*,

che lo costituiscono e lo spingono verso il futuro, per realizzare compiutamente quello che sente di dover essere e che ancora non è. Ripiega lentamente su se stesso, si ritira nel guscio della propria corporeità dolorante, si contrae, riduce la propria propensione a relazionarsi al mondo e ad agire su di esso, percepisce la propria sofferenza come una *diminutio loquendi et agendi*, e, con l'intensificarsi del dolore, intravede lo spettro di una totale cessazione delle capacità di godere della vita e di relazionarsi agli altri, lo spettro della morte.

Proprio per il presentimento di morte che reca in sé, il dolore lancinante e prolungato diventa insopportabile e inaccettabile. Crea una atmosfera e una tonalità emotiva evocativa della cessazione della vita. Si presenta come esperienza anticipatrice, come una sorta di esplicito *annuncio* della morte. Quanto più è insopportabile, per intensità e insistenza, tanto più induce a sentirla imminente, ad attenderla. Il dolore, come il tempo, non si sceglie, *si patisce*, ci assale, ci modifica, trasforma e, in casi specifici, devasta la nostra tonalità emotiva. In quanto struttura fondamentale dell'uomo, la tonalità emotiva inerisce all'esistenza, fa tutt'uno con la quotidianità del nostro vivere. Viene esperita, però, in maniera drammatica e dilacerante nell'esperienza della sofferenza. Nel vissuto del dolore, la tonalità emotiva assume la forma della paura e dilaga fino a neutralizzare ogni possibilità di riflessione critica, ogni possibilità di sapere razionale. Pur essendo costitutivamente apertura del soggetto al mondo e accoglimento del mondo da parte del soggetto, la tonalità emotiva all'insegna del dolore insopportabile si trasforma drammaticamente in chiusura, in rifiuto del mondo, come accade, ad esempio, nella depressione.

Il dolore, con il suo incombere, con l'invadere il vissuto complessivo del soggetto, condiziona totalmente la visione della realtà, la trasforma e le imprime un diverso orientamento. Nella sua assoluta *incomunicabilità* e *intransitività*, il dolore fa avvertire al sofferente il senso profondo della sua insuperabile individualità e solitudine. Lo richiama alla consapevolezza del limite e della finitudine che lo connotano. In un passo singolarmente eloquente della terza parte del celebre *"Trattato sulla natura umana"*, David Hume annota: "Una solitudine totale è forse il peggior castigo che ci si possa infliggere. Qualsiasi piacere languisce se non gustato in compagnia, e qualsiasi dolore diventa più crudele e intollerabile". La compromissione, se non la totale compressione, della natura relazionale dell'uomo, della sua vocazione a godere o a soffrire la vita in un rapporto stretto e solidale con altri, toglie al piacere ogni tipo di fascino e trasforma il dolore in un'esperienza assolutamente insopportabile e insensata.

In tutti i casi, il dolore è *incomunicabile* e *intransitivo*. Non lo si conosce per averlo appreso dalle *parole del*

paziente e neppure dalle *parole intorno al paziente*. L'esperienza del dolore maturata attraverso l'ascolto delle parole è esclusivamente di tipo intellettuale e morale. Non tocca il nostro corpo se non in un modo particolare. È un dolore che genera disagio, nervosismo, agitazione e che ci fa anche avvertire un malessere fisico. Non è mai, però, il dolore lancinante, che invade e strazia il nostro essere complessivo, che attanaglia, mortifica e limita la nostra capacità di pensare e di agire. Il dolore avvertito attraverso le *parole del paziente*, attraverso la sofferenza altrui, è dolore partecipato, presentito, seppure riconosciuto *come se fosse il nostro*. Lo avvertiamo per il vincolo d'affetto e/o di *simpatia* che ci unisce all'altro e per il sinistro presagio che quella stessa sofferenza, in un'altra situazione e in un altro tempo, potremmo provare anche noi.

L'esperienza del dolore e la connessa risposta emotiva, la sofferenza, a seconda dei gradi della loro manifestazione, ci condannano a forme diversificate di solitudine involontaria: dalla solitudine nel percepire il dolore e nel sentire la sofferenza accompagnati però dalla volontà di capirne le cause e di rappresentarli con parole a quella che incapsula il paziente nella propria esperienza dolorante, isolandolo dal resto della comunità. A seconda dell'intensità della sofferenza, il paziente si sente *solo, più solo o terribilmente solo*. Nonostante la *compassione* e l'attenzione degli altri, la sofferenza estrema restringe la tensione vitale del paziente e lo allontana dagli altri, fino ad isolarlo, a costringerlo in una condizione di solitudine di fatto. Nei casi di dolore meno estremo, tra paziente, amici e congiunti si istaura una sorta di implicita complicità. Tutti temono l'evento avverso, ma tutti dissimulano. Chi soffre dà segni di gradire parole e gesti consolatori, mostra di condividere anche il forzato ottimismo che lo circonda, pur quando avverte e teme il peggio. Talvolta si prende anche il lusso di esercitare l'autoironia. Nei casi di dolore insopportabile, invece, tra chi patisce e gli altri è come se si alzasse un muro divisorio, impossibile da abbattere e da aggirare. Oltre ogni sentimento di pietà, di partecipazione affettuosa e prodiga di attenzione, si sperimenta la inanità dei diversi tentativi di consolazione, la inutilità dei gesti e delle parole, la insufficienza di ogni sforzo per strappare il paziente alla propria solitudine dolorante. Tra chi soffre e chi non soffre si viene a creare un confine invalicabile. Al dialogo e alla complicità patica subentra un silenzio carico d'angoscia. Si istaura un dialogo muto, sostanziato soltanto di vibrazioni emotive, impercettibili seppure attive.

In quest'atmosfera di silenzio carico d'angoscia, il soggetto sperimenta l'effetto più pesante e negativo della sofferenza: l'insuperabile solitudine e la cancellazione di ogni apertura e di ogni tensione verso il futuro. È total-

mente consegnato al suo presente dolorante. Di fatto, la sua visione del tempo muta completamente, non avverte più la tensione a progettare l'avvenire, a proiettarsi in avanti. Il presente angosciante e insopportabile assorbe tutta la sua capacità di sentire e di pensare. Si estende fino a coprire e a neutralizzare ogni sua tensione vitale. Lo costringe a prendere atto della gratuità e della precarietà della (propria) esistenza.

Destruendo la trama linguistico-comportamentale che lo univa agli altri, il dolore lacera, se non distrugge del tutto, la dimensione comunitaria, spezza i vincoli societari e umani. Disperde i condensati di spiritualità faticosamente costruiti nella dialogicità. La complessa e polimorfa rete dei rapporti sociali, che intessono e strutturano il soggetto e costituiscono il senso della co-appartenenza a un gruppo a sua volta aperto al rapporto e all'integrazione con altri, in una tensione espansiva sempre più ampia, si assottiglia gradualmente fino alla totale consunzione.

A soffrirne e a subire una forte contrazione è il soggetto come spiritualità. Nel dolore devastante, il sofferente si percepisce sempre più come *corpo*. Si avverte soltanto come essere corporeo, si sente schiacciato sotto il peso del suo corpo. Il dolore è percepito come condizione di disvalore che riduce, fino ad azzerare le scelte operative del paziente. La capacità di pensare e di agire subisce una notevole variazione in negativo. Si attiva un processo di riduzione, che può giungere fino all'azzeramento dell'attesa di riconoscimento da parte di altri e di interazione con essi. Il legame e la connessione con il mondo esterno, con gli altri e con l'altro da noi, s'indeboliscono e si logorano lasciando il posto a un rafforzamento equivalente e contrario dell'esperienza della solitudine.

Di qui, la speranza di un possibile sollievo nell'affidarsi a strutture mediche specializzate; in esse, il paziente ridotto a corpo dolorante e la sua famiglia convogliano ogni aspettativa, paziente ed *entourage* si aspettano dal sapere medico, talvolta oltre ogni ragionevole speranza, la soluzione del problema. La prevalente mentalità tecnologica induce a fare affidamento esclusivamente su pratiche mediche, si è convinti che il *dolore vivo*, il dolore lancinante e lesivo dell'umanità socializzata della persona, non può non essere consegnato alle speranze promettenti della tecnologia medica. Dal medico e dalla sua *équipe* ci si attende aiuto e comprensione. Si aspetta l'offerta disinteressata dell'intero potenziale della loro competenza e della loro umanità, ci si convince e ci si aspetta che, se proprio non possono estirpare il male, facciano di tutto per alleviare il dolore, nel tentativo di difendere, per quanto ancora possibile, l'umanità del paziente, evitandogli una cupa, straziante e irredimente agonia.

Questa forma di soccorso medico e umano al paziente è insostituibile, doverosa e preziosa, ma non

è l'unica risposta possibile. Oltre questa, sono possibili altre forme di risposte ai "volti del dolore", e qui viene in questione il tema delicato e complicato del "dare parole al dolore". Il dolore si esprime attraverso le "parole del paziente", ma anche attraverso le "parole al paziente" o "intorno al paziente". Le "parole del paziente", quando questi è ancora in grado di veicolare attraverso il linguaggio, il suo dolore e le sue ansie, trasformano l'emozione della sofferenza in descrizione della sofferenza e in richiesta di risposte umanamente solidali ed efficaci, interrogano gli altri e li sollecitano a dire e a fare qualcosa per lui, qualcosa che sia in grado di abbassare la soglia del dolore e/o di neutralizzare il senso di solitudine e di sconforto. Le "parole al paziente" e le "parole intorno al paziente" non sempre sono coincidenti. Vi sono "parole intorno al paziente" che, nel dire come sta la situazione, non hanno nulla da dire al paziente in termini di rassicurazione o di minimizzazione della sofferenza. Le "parole al paziente", invece, sono parole, ma anche parole trasformate in gesti significanti, attraverso cui si esprime in modo qualitativamente positivo un atteggiamento di attenzione nei confronti del paziente, sentito e considerato come *persona*, come soggetto concreto, spirituale e patico, che, anche senza parole, invoca il nostro aiuto e la nostra considerazione. In questo caso "dare parola al dolore" significa fondamentalmente assumersi l'onere di interpretare le parole di dolore del paziente e rispondere positivamente e nella misura consentita dalla situazione alla sua richiesta di aiuto, significa "prendersi cura" di lui, attivare un'etica della risposta, fatta di attenzione e di sollecitudine per l'altro. Ed è qui, in questa situazione di debolezza del soggetto, di apertura fiduciosa agli altri, che anche il medico, oltre naturalmente l'*entourage* del paziente e gli operatori sociali, può svolgere un ruolo di rilevantissima importanza: può andare oltre i limiti della pratica medica abituale e considerare il suo paziente non soltanto un corpo da curare, ma un uomo di cui *prendersi cura*.

Nell'esperienza del dolore a mutare non è solo il rapporto patico del paziente con il mondo esterno, ma anche il modo di conoscere se stessi e gli altri. Il dolore riduce la conoscenza all'essenziale, fa cadere il sovrabbondante e l'effimero, scopre e intenziona l'essenziale, solo l'essenziale. Quando il dolore ci brucia "come legna verde" ci costringe ad andare al cuore delle questioni, ci spinge a sondare le nostre "ultime profondità", ci mostra ciò che vale veramente a dare senso e valore alla vita e ci induce a distinguerlo dal ridondante, dall'inutile orpello. Ci dona uno sguardo più limpido, più autentico, più acuto: uno sguardo non pregiudicato dall'*in più* che accompagna la quotidianità della vita. L'esperienza del dolore ci costringe a vedere noi stessi e gli altri secondo una

modalità nuova, ci mette in grado di percepire quanto abitualmente ci sfugge, ci consente di dare un senso al mondo e alle cose totalmente diverso. Il presente, dilatato dalla condizione di sofferenza, ci fa essere più attenti, ci costringe ad indugiare sulle cose, a riflettere in maniera più calma e più intensa, ci spinge ad analizzare anche i risvolti più minuti e trascurati del nostro mondo di relazioni, fa maturare pienamente il senso della precarietà e della fragilità dell'esistenza del singolo, ma anche della sua preziosità, del suo valore: senso che s'imprime nel vissuto, lasciando un'orma incancellabile.

Nell'esperienza del dolore s'impongono alla coscienza anche valori consustanziali alla persona, ma ordinariamente vissuti in forma inautentica o addirittura trascurati e negati. Emerge, ad esempio, il senso della solidarietà profonda che unisce il singolo agli altri e al mondo. Si rende visibile ed apprezzabile la radice coesistenziale dell'uomo, il suo sentirsi inserito in una trama di rapporti che lo lega alla specie e, attraverso la specie, al mondo naturale. Si valorizza al massimo il bisogno e il piacere della dimensione interpersonale. La parola dell'altro, la carezza, il semplice sguardo veicolano attenzione e cura. L'esperienza del dolore, perciò, può precipitarci nella più profonda solitudine, se è esperienza devastante e abbruttente o se è esperienza vissuta nell'abbandono e nell'indifferenza degli altri. Può essere, però, anche esperienza che strappa alla solitudine o alla intersoggettività formale e inappagante, per fare scoprire veramente l'altro, come vorrebbe Spinoza, "*homo homini deus*".

In questi casi, le cure mediche, da una parte, e la parola e lo sguardo, dall'altra, collaborano e convergono verso lo stesso fine. La pratica medica *cura*, la parola e lo sguardo *si prendono cura*, e se il *curare*

punta al corpo per guarirlo, il *prendersi cura* punta alla persona nella sua completezza, per sostenerla e realizzarla al massimo. Il paziente, perciò, ha bisogno dello *sguardo clinico* del medico, che indaga, scruta e decifra i sintomi del corpo, ma ha bisogno anche dello *sguardo umano* di una persona solidale, disponibile, che sappia dare sollievo e infondere coraggio e fiducia. Quando lo sguardo del medico e quello dell'uomo solidale s'incontrano con lo sguardo del paziente si realizza la "magia" di trasformare il rapporto terapeutico in un rapporto più intenso, carico di scienza e di umanità, ecco perché la sola presenza del medico, che sappia parlare e far sentire al paziente la sua attenzione per lui, è già di per se stessa una sorta di cura, un potente farmaco.

RIASSUNTO

Il dolore è percepito dal malato come una diminutio loquendi et agendi. Quando il dolore aumenta, il paziente intravede lo spettro di una totale cessazione delle capacità di godere della vita e di relazionarsi agli altri ed anche lo spettro della morte. Il paziente e la sua famiglia si aspettano dal sapere medico, la soluzione del problema. La prevalente mentalità tecnologica induce a fare affidamento esclusivamente su pratiche mediche. Il soccorso medico ed umano al paziente è insostituibile, doveroso e prezioso. Ma non è l'unica risposta possibile. Grande valore acquista la solidarietà. Le parole e lo sguardo convergono verso lo stesso fine.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.