
L'esperienza del dolore. Modelli concettuali a confronto

Luca Vanzago

Abstract: In this paper I discuss the theme concerning the experience of pain by comparing three different theoretical perspectives: the cognitivist and reductionist approach most widely adopted at present within the neuro-sciences, as it is offered by P. and P. Churchland's works; the hermeneutical approach offered by H.-G. Gadamer's reflection; finally, a possible phenomenological conception grounded on E. Husserl's and M. Scheler's theses. The paper aims to show, through a discussion of the present-day evaluation and measurement methods of subjective experience of pain and its objectivation by means of questionnaires (McGill Pain Questionnaire), that in order to adequately understand, from a medical and philosophical standpoint, the complexity of painful experience, it is necessary to avoid a reductionist approach, and to open the investigation to the subjective structure, at the same time avoiding falling back into dualism derived by an opposition between physical explanation and hermeneutical understanding. While therefore the eliminativist and reductionist approach fails to make room for the subjectivity of painful experience, and Gadamer's hermeneutics remains without knowing it within Cartesian dualism, phenomenology seems to be able to open up a path towards the experience of felt/feeling corporeity, seen as a structural basis for an incarnated yet non-reductionist conception of bodily suffering.

Keywords: pain, reductionism, hermeneutics, phenomenology, subjectivity.

1. Introduzione

Analisi e riflessioni sul complesso fenomeno chiamato dolore sono antiche quanto l'uomo e certamente presenti fin dall'inizio della storia del pensiero filosofico. Tuttavia, recentemente, si può dire che questo tema stia tornando alla ribalta dell'attenzione degli studiosi, non soltanto dei filosofi ma, anche e forse soprattutto, degli scienziati cognitivi, dei biologi e insomma di ricercatori che operano in ambiti solitamente meno direttamente coinvolti in questioni che potremmo, almeno provvisoriamente, chiamare soggettive o per altro verso, qualitative.

In realtà, il problema di come comprendere il dolore è da tempo presente anche nella riflessione epistemologica sulla medicina, e anzi forse il ritorno di interesse per questo aspetto universale ma certo poco piacevole dell'esistenza umana può essere motivato, innanzitutto, dalla crescente preoccupazione dei medici per un aspetto

della sofferenza che, da appendice inevitabile della malattia, si sta progressivamente trasformando in patologia autonoma, soprattutto in connessione con l'invecchiamento della popolazione. La International Association for the Study of Pain, che pubblica l'importante rivista internazionale *Pain*, è stata fondata nel 1973 e ora vede al proprio interno più di 7000 membri provenienti da 133 nazioni, ha 90 sedi nazionali e 20 gruppi di interesse speciale, dedicati ad altrettanti temi rilevanti connessi alla ricerca generale sul dolore.

Ma è proprio dall'ambito degli studi medici che emerge la questione epistemologica di fondo, su cui intendo concentrarmi in questo intervento. Il medico e psicologo Ronald Meltzack da anni concentra la propria attività clinica sulla necessità di elaborare questionari di valutazione dell'esperienza dolorosa che siano più raffinati di quelli, tuttora ampiamente utilizzati negli ospedali, che in effetti consistono in semplici righelli dotati di un cursore, che i pazienti fanno scorrere su di una scala graduata che va da zero a dieci. È evidente la limitatezza di tale metodo rudimentale di misurazione del dolore, ma il punto propriamente è chiedersi che cosa voglia dire "misurare" il dolore. Che cosa, esattamente, si misura?

Proprio per chiarire questo problema, Meltzack ha elaborato un questionario che è stato progressivamente raffinato, il McGill Pain Questionnaire, che deve il proprio nome all'università canadese dove è stato concepito, e che è costruito su tre assi portanti, ossia tre classi di descrittori dell'esperienza dolorosa, che possono essere utilizzati dai pazienti per specificare la loro esperienza *soggettiva*: sensoriali, affettivi, valutativi. Questi tre gruppi di descrittori linguistici (questione su cui tornerò tra poco) sono connessi ad una scala di intensità, al fine di fornire misure quantitative del dolore clinico che possano poi essere trattate con metodi statistici. Meltzack e i suoi collaboratori molto chiaramente sostengono che le tre misure che si possono ottenere da questo modello di questionario sono:

1. il Pain Rating Index, l'indice di valutazione del dolore, basato su due tipi di valori numerici assegnabili a ciascun descrittore linguistico;
2. il numero di parole scelte per caratterizzare il dolore effettivamente esperito;
3. l'intensità del dolore *presente*, basata su di una scala che va da 1 a 5.

Quanto è forte il dolore attuale? (a ciascuna delle domande rispondere con uno degli aggettivi elencati sotto)				
Quale aggettivo descrive meglio il dolore che provi ora?				
Quale aggettivo descrive il dolore al suo massimo?				
Quale aggettivo descrive il dolore quando è minimo?				
Quale aggettivo descrive il peggior mal di denti che hai mai avuto?				
Quale aggettivo descrive il peggior mal di testa che hai mai avuto?				
Quale aggettivo descrive il peggior mal di stomaco che hai mai avuto?				
Medio 1				
Spiacevole 2				
Molto spiacevole 3				
Orribile 4				
Quale parola/e useresti per descrivere l'andamento temporale del tuo dolore?				
Continuo		Ritmico		Breve
Regolare		Periodico		Momentaneo
Costante		Intermittente		Transiente
Qual è la sensazione associata al tuo dolore?				
1 (temporale)				
tremolante		1	11 (tensione)	
vibrante		2	stancante	
pulsante		3	spossante	
palpitante		4		
batteante		5		
marciante		6		
2 (spaziale)				
scintillante		1	12 (sen autonomo)	
fulmineo		2	nauseante	
come una molla			soffocante	
3 (pressione sul punto)				
come uno spillo		1	13 (paura)	
come un ago		2	spaventoso	
perforante		3	preoccupante	
come un pugnale		4	terrificante	
lancinante		5		
4 (pressione incisiva)				
tagliante come un'iametta		1	14 (punitivo)	
tagliante come un coltello		2	affliggente	
lacerante		3	esteruante	
5 (pressione costrittiva)				
pizzicante		1	15 (affettivo-valutativo-sensoriale misto)	
che roie		2	grave	
come un crampo		3	aocicante	
schiacciante		4		
6 (pressione di trazione)				
tira		1	16 (valutazione)	
stira		2	noioso	
strazia		3	fastidioso	
7 (termico)				
caldo		1	17 (sensoriale misto)	
scotta		2	si diffonde	
brucia		3	si irradia	
è rovente		4	penetrante	
8 (Intesità luminosa)				
formicolio		1	18 (sensoriale misto)	
prude		2	fasciante	
irrita		3	che intorpidisce	
punge		4	che tira	
9 (profondità)				
sordo		1	19 (sensitivo)	
dolente		2	fresco	
fa male		3	freddo	
fa molto male		4	congelante	
estremamente doloroso		5		
10 (sensibilità mista)				
sensibile		1	20 (affettivo-valutativo misto)	
teso		2	fastidioso	
stridente		3	nauseante	
dolorante		4	che dà angoscia	
			terribile	
			torturante	

Figura 1. Questionario del dolore di McGill

I termini che ogni paziente può scegliere sono raggruppati in 20 categorie. Nella figura 1 si può vedere il questionario nella sua versione italiana, elaborata dall'Istituto Nazionale di Sanità. Come si può notare, c'è una certa attenzione per l'andamento temporale del dolore, ma come si vedrà in seguito la temporalità di cui si tratta qui riguarda aspetti sostanzialmente sensoriali e come tali circoscritti a un "presente", a sua volta, non articolato in dimensioni temporali. I 20 gruppi di descrittori sono piuttosto eterogenei, ma nel complesso insistono in maniera a mio avviso interessante su aspetti che non sono soltanto aggettivali, ma anche, e in certi casi soprattutto, verbali, ossia delineano un aspetto processuale della sensazione dolorosa. Questa è una tematica su cui una collaborazione interdisciplinare con filosofi del linguaggio e linguisti è a mio avviso maggiormente auspicabile.

Ma la questione teorica cruciale consiste nel comprendere che cosa implichi doversi affidare a un questionario che consenta al paziente di esprimere la propria esperienza interna per poter operare su di essa da un punto di vista clinico. Qui si danno infatti almeno due problematiche distinte sebbene tra loro connesse: la prima concerne come trattare il problema del nesso tra causa ed effetto, in questo caso tra dolore sentito e sua connotazione linguistica; la seconda concerne come trattare il fatto stesso che il dolore sia una esperienza, e quale tipo di espe-

rienza. È su questo secondo punto che in effetti le distanze sono maggiori, poiché alcuni autori sono portati a ritenere che ciò che si chiama esperienza soggettiva vada ricondotta in modo più o meno riduzionistico a eventi neurologici, mentre altri al contrario affermano che la dimensione soggettiva, cioè 'in prima persona', sia irriducibile a qualunque forma di riduzionismo e anzi costituisca la base per poter trattare effettivamente ciò che costituisce il fenomeno in questione, ossia appunto il sentire dolore e non semplicemente avere un dolore, nel senso di avere una parte dolente.

Chiaramente dunque la questione della comprensione del dolore riapre un capitolo del più generale dibattito su cosa sia l'esperienza, e in particolare se la coscienza abbia un ruolo oppure no. Ma, come si diceva, va tenuto in conto anche l'aspetto della comunicazione, non necessariamente linguistica, dell'esperienza dolorosa. In effetti altri questionari propongono una valutazione delle espressioni facciali o dei comportamenti gestuali, quando non sia ad esempio possibile ottenere uno scambio verbale significativo con la persona sofferente. In questo senso il corpo 'parla' anche se non utilizza il linguaggio.

Questi due problemi sono chiaramente interconnessi e aprono a un dibattito epistemologico che chiama in causa la più generale problematica relativa a cosa sia l'esperienza e in particolare come si debba comprendere l'aspetto fenomenico, in questo caso connesso alla sofferenza, rispetto a un più o meno chiaramente concepito substrato corporeo o materiale. In definitiva l'esperienza del dolore riapre il vaso di pandora del contrasto tra dualismo e monismo e dunque la grande questione del rapporto tra mente e corpo. Forse però l'indagine sul dolore può offrire uno sguardo diverso su questi temi tradizionali. In quanto segue cercherò di schematizzare alcuni tra i modelli concettuali prevalenti senza peraltro poter neppure presumere di esaurire tutti gli aspetti impliciti in questo problema.

2. Le prospettive riduzionistiche

Tra le opere di coloro che a vario titolo possono essere compresi in questo tipo di approccio si possono annoverare in particolare quelle dei coniugi Churchland e di Daniel Dennett. Le loro posizioni sono molto note e questo mi consente di evitare una introduzione al loro pensiero. Ho scelto per ragioni di economia di spazio di concentrarmi su di un saggio dei coniugi Paul e Patricia Churchland¹. L'esordio del saggio *Neurofilosofia*, con cui i Churchland esprimono in modo sintetico e come in un manifesto programmatico la propria posizione, è esemplare nel chiarire anche la sua concezione del dolore:

Gli sviluppi conoscitivi delle basi neurobiologiche della percezione, dell'attenzione, della memoria, dell'apprendimento, del linguaggio, del sonno e della pianificazione delle azioni prefigurano per le scienze cognitive e le neuroscienze la possibilità di spiegare a livello di attività cerebrale anche la coscienza e la qualità delle esperienze soggettive. Che cosa ne sarà delle definizioni e dei concetti psicologici una volta che le relative funzioni saranno state ricondotte alle proprietà di specifiche reti di neuroni o meccanismi neurobiologici? Si tratta di una questione non banale, perché implica un giudizio di validità per quanto riguarda gli studi psicologici e di realtà in merito ai fenomeni descritti dalla psicologia. Nell'ambito delle neuroscienze l'atteggiamento epistemologico prevalente è il materialismo eliminativo, per cui concetti quali credenza,

libero arbitrio e coscienza potranno e dovranno essere ridefiniti e spiegati via via che la ricerca empirica farà luce sulla natura delle funzioni cerebrali.

L'approccio riduzionista basato sull'eliminazione sostiene che la spiegazione di un macrofenomeno nei termini delle sue dinamiche a livello microstrutturale non significa che il macrofenomeno stesso, come per esempio il dolore, non sia reale, né che rappresenti qualcosa di ridondante che non vale la pena di spiegare scientificamente. La strategia riduzionista implica non una spiegazione diretta dei fenomeni che accadono ai livelli superiori in termini di fenomeni che interessano i livelli organizzativi inferiori, ma progressive spiegazioni riduttive che comunque prevedono che la ricerca proceda simultaneamente a tutti i livelli.

Il materialismo eliminativo implica sul piano metodologico un approccio naturalistico, in quanto assume che nessun metodo a priori possa da solo far scoprire la natura della mente, e che sia possibile spiegare in termini di attività nervosa, di evoluzione del cervello e di interazione tra cervello e cultura anche scelte e responsabilità morali. Tale teoria accetta una nozione non mistica di emergenza, intesa come proprietà di una rete nervosa dovuta alle proprietà intrinseche dei neuroni e al loro modo di interagire.

Una proprietà emergente è una proprietà scientificamente spiegabile, non una proprietà non fisica non spiegabile dalla scienza. I sistemi nervosi presentano molti livelli di organizzazione, i quali spaziano dalla scala molecolare a quella di complessi funzionali non cellulari, come le spine dendritiche, ai neuroni, alle piccole e grandi reti, alle aree, fino ai sistemi. Sebbene si debba sempre stabilire in modo empirico quali siano i livelli funzionalmente significativi, risulta improbabile che i macroeffetti dovuti all'attività di un apparato funzionale, come per esempio la percezione del movimento, possano essere spiegati richiamando direttamente le proprietà dei livelli di organizzazione più elementari. Più verosimilmente, le prestazioni dei network di livello più elevato saranno l'effetto dell'attività dei network più piccoli, i quali a loro volta saranno l'effetto dei neuroni che vi partecipano e delle loro interconnessioni, che a loro volta dipenderanno per le loro attività dalle proprietà dei canali proteici, da quelle dei neuromodulatori e dei neurotrasmettitori.

I Churchland sono consapevoli del fatto che tale impostazione suscita un'obiezione di fondo, ossia quella fondata sulla specificità dell'esperienza qualitativa di fenomeni che, come il dolore in particolare, non possono essere risolti in una prospettiva in terza persona e causale. Come essi stessi sostengono,

Le argomentazioni contro il materialismo si basano su quanto segue. Il carattere qualitativo intrinseco (o quale) di una sensazione deve essere nettamente distinto dai numerosi aspetti causali, funzionali e relazionali che lo caratterizzano. Riprendiamo l'esempio del dolore: esso è il risultato di un danno subito dall'organismo e provoca nell'individuo uno stato di infelicità e una reazione di evitamento. L'esigenza filosofica riduzionista è quella di individuare gli stati del cervello che esprimono il medesimo profilo causale e relazionale precedentemente accettato da noi come caratteristico dello stato di dolore. Se nel confronto tra questi stati del cervello che esprimono lo stesso profilo causale si rinvenissero caratteri sistematici, potremmo legittimamente affermare di avere scoperto in che cosa consiste il dolore, ovvero in uno stato cerebrale.

Nel sostenere tale tesi dovremmo confrontarci però con una difficoltà: il quale intrinseco del dolore dovrebbe essere ignorato dall'analisi, come lo sarebbe la conoscenza intima che ogni individuo ha del quale del proprio dolore. Si tratta di un problema di difficile risoluzione, perché il dato dell'autocoscienza non si esaurisce nella struttura di rapporti causali o di altra natura entro cui si colloca. Mentre in tutti gli altri ambiti della scienza il problema della natura essenziale dei fenomeni è affrontato in termini riduzionistici, nel caso unico dell'autocoscienza ci troviamo di fronte a un insieme di proprietà intrinseche (il colore legato a un ricordo, il profumo di una rosa e tutti gli altri qualia soggettivi che animano la nostra vita interiore) la cui essenza non può essere colta con argomenti di natura causale, funzionale, strutturale o relazionale. In altre parole, secondo le tesi antiriduzionistiche, i qualia soggettivi delle sensazioni costituiscono un qualcosa di aggiuntivo e di diverso rispetto al ruolo causale e relazionale che le sensazioni stesse svolgono nell'economia biologica e cognitiva individuale. Per quanto le nostre capacità introspettive innate ci consentano di valutare, tali sensazioni correlate al quale, per esempio di un dolore o del colore rosso, non rivelano in alcun modo elementi costitutivi o una struttura relazionale. Possiamo riconoscerle e distinguerle in modo spontaneo, certo e inequivocabile, ma non siamo in grado di dire come o su quali basi. Di conseguenza, i qualia sensoriali appaiono come delle entità intrinsecamente e assolutamente

semplici; inoltre, la nostra conoscenza di essi non sembra poter essere più diretta e fondata ed essi non sembrano dunque analizzabili dalle scienze fisiche.

All'obiezione per cui questa prospettiva rende molto difficile dar conto delle peculiarità soggettive dell'esperienza, i Churchland replicano sostenendo la plausibilità della costituzione di un modello artificiale che possa illustrare anche ciò che avviene nel cervello umano:

La risposta riduzionista a tali obiezioni è consistita, a partire dagli anni Ottanta del Novecento, in un fiorire di ricerche sulle capacità cognitive e le strategie rappresentazionali delle reti neurali artificiali. Questi modelli informatici si propongono di ricreare alcuni dei principali caratteri anatomici e fisiologici dei più importanti sottosistemi cerebrali, come per esempio le vie visive o uditive primarie. L'obiettivo è duplice: in primo luogo, addestrare la rete artificiale mediante una procedura di apprendimento che comporta la presentazione ripetuta di esempi sensoriali appropriati, in modo da ottenere un elevato livello esecutivo per alcune abilità classificatorie o per abilità cognitive a esse connesse; in secondo luogo, esplorare il profilo dell'abilità acquisita e individuare le proprietà strutturali e dinamiche che la rendono possibile.

In questo senso dunque i Churchland ritengono che si possa superare l'obiezione per cui il dolore conterrebbe un aspetto qualitativo irriducibile alla sua riconduzione all'analisi dei correlati neurali. Sulla base di questa modellizzazione, essi ritengono infatti che si possa giungere a ricondurre i cosiddetti 'qualia', di cui il dolore è espressione eminente, a rappresentazioni che, a loro volta, possano essere inquadrate in un modello 'scientifico':

Per quanto concerne il problema cruciale della coscienza, dunque, si potrebbe supporre che una rappresentazione entri a farne parte qualora il suo vettore di attivazione si trovi presso una particolare popolazione di cellule, all'interno di un adeguato sistema nervoso centrale ricorrente, che unifichi le numerose modalità sensoriali e che controlli il comportamento motorio. Che risponda o meno a verità, l'ipotesi riduzionistica che abbiamo formulato ci fornisce in primo luogo una possibile spiegazione fisica della natura 'intrinseca' dei qualia sensoriali, che altro non sarebbero che vettori di attivazione, e ci permette inoltre di esplorare la possibilità che tali vettori si trasformino in autocoscienza manifestandosi come parte dell'attività di rappresentazione di una rete adeguatamente strutturata.

La prospettiva qui delineata solleva una quantità di problemi che evidentemente non possono essere discussi in questa sede. Vorrei soffermarmi allora soltanto su di uno di essi, che tuttavia mi pare cruciale. I Churchland impostano la propria analisi all'interno di un quadro concettuale per cui i qualia possono, e in effetti devono, essere compresi in termini di rappresentazioni. A questo patto è poi possibile ricondurre la nozione di quale entro l'approccio oggettivante e retto da una modellizzazione sostanzialmente causalistica. Ci si può però chiedere se il dolore possa essere inteso in termini di rappresentazioni.

3. Le prospettive ermeneutiche e fenomenologiche

In effetti anche Husserl all'inizio della propria ricerca ha adottato un simile approccio, anche se la sua posizione è molto più complessa. Non intendo discuterla qui se non per ciò che consente di comprendere relativamente alla difficoltà di cogliere l'esperienza del dolore nella sua articolazione. Comincerò tuttavia con il tratteggiare rapidamente i contorni di un approccio apparentemente opposto a quello neurofilosofico, ossia quello di Gadamer, che ha

svolto osservazioni a loro modo significative per il problema che ci riguarda.

In un testo pubblicato nel 2000², Gadamer parla a partire dalla propria esperienza personale e dall'infezione poliomielitica che, senza menomarlo permanentemente, lo afflisse da giovane e gli inflisse dolori regolari anche se non invalidanti per molti anni, fino alla soglia della vecchiaia. In effetti questo testo è uno degli ultimi riferibili a Gadamer vivente, in quanto riporta un intervento tenuto a Heidelberg nel 2000, l'anno del suo centesimo compleanno.

Nella breve conferenza, cui fa seguito un dibattito importante per i nostri fini, egli prende posizione contro la medicalizzazione del dolore, e in particolare contro la prospettiva centrata sulle terapie farmacologiche. Rivendica in qualche modo un senso al dolore, nella misura in cui esso venga affrontato e superato. Allude poi alla possibilità e in effetti all'opportunità di sviluppare forme alternative di medicina, riferendosi in particolare a un amico, Paul Vogler, medico di Heidelberg e propugnatore di un approccio in cui si possa far fronte al dolore sviluppando l'energia latente nell'organismo dolorante invece di trattarlo come un meccanismo, magari bio-chimico e non fisico, ma pur sempre soggetto a leggi deterministiche di stampo meccanicistico. Il beneficio che Gadamer sostiene di aver tratto da questa diversa impostazione viene così avvicinato all'ermeneutica, in quanto il dolore può allora essere compreso nel suo senso e in particolare nel suo valore per l'esistenza, poiché il dolore ha a che fare con l'esperienza e solo in tale prospettiva può essere compreso e non semplicemente eliminato, più o meno temporaneamente, grazie a farmaci sedativi.

Il tema fondamentale che Gadamer così evoca consiste nel porre la questione del senso del dolore, ossia della necessità di 'comprendere' e non soltanto 'spiegare' il dolore, individuandone il radicamento nell'esistenza umana e non considerandolo come manifestazione di errori o malfunzionamenti organici. Nel dibattito che segue, alcuni medici convengono con il filosofo sull'utilità, anche per lo stesso approccio medico, di considerare l'intera personalità del malato, e non soltanto la sua condizione di corpo dolente, al fine precipuo di risvegliare nel paziente quelle risorse che sono latenti ma non assenti. Altri medici tuttavia obiettano che anche se ciò è auspicabile, può rivelarsi molto difficile o addirittura impossibile, e che un trattamento farmacologico è comunque necessario. Gadamer acconsente, tendendo però al contempo a ribadire l'opportunità di non trascurare le risorse naturali presenti negli organismi umani. A una domanda finale che gli viene posta, di dire cosa sia in definitiva il dolore, Gadamer ritiene di poter rispondere che sia un avvertimento e un monito, quindi in definitiva comunque una risorsa significativa, anche se il senso non appare che attraverso la lotta con esso.

In un altro testo, pubblicato nel 1994, *Dove si nasconde la salute*³, Gadamer aveva sostenuto che la salute consiste fondamentalmente nel potersi dimenticare del proprio corpo. Il corpo è quindi latente e appare quando non funziona, come gli strumenti il cui senso, seguendo *Essere e tempo*, mostrano il proprio contesto di senso quando esso sfuma, è interrotto, o interferisce. Il corpo malato invece porta all'interno, ossia nell'interiorità, ciò che usualmente resta "nell'esteriorità della nostra esperienza

delle cose". Ma con ciò rischia anche di essere travolto. Attraverso un dialogo con Viktor von Weizsäcker, Gadamer si chiede allora se il domandare il senso del dolore, e in particolare il chiedere che cosa voglia comunicare, non possa essere di giovamento al malato, proprio per toglierlo alla prostrazione di dover fronteggiare un corpo silenzioso per ciò che concerne il suo senso, ma assolutamente presente, e irrecusabilmente efficace nel testimoniare la propria brutale presenza, con la sofferenza che infligge all'anima.

Si tratta quindi in definitiva, per dirla in termini filosoficamente più raffinati, di immettere la soggettività nella pratica medica, che usa trattare soltanto di corpi oggettivati. Si tratta perciò di vedere il *Leib* del malato e non solo il suo *Körper*, per usare i ben noti concetti husserliani. Il problema teorico in definitiva risiede precisamente nel comprendere come ciò sia però effettivamente possibile. Si pone qui a mio avviso un problema per chi, come Gadamer essenzialmente fa, opponga una prospettiva causale, quale è quella propria delle scienze naturali, a una ermeneutica intesa come interpretazione del senso e quindi come reperimento di un registro semantico e concettuale diverso e irriducibile al primo. Con tutte le cautele del caso, mi spingerei a sostenere che così facendo si rischia di restare all'interno del paradigma cartesiano che separa la *res cogitans* e la *res extensa*, per poi affannarsi a trovare il modo per ricongiungerle. Ma come sapeva Heidegger, una volta separati, questi due lembi non potranno più essere fatti di nuovo combaciare, perché l'abisso che li separa è incolmabile.

Il problema fondamentale che Gadamer giustamente pone è rappresentato dalla tecnicizzazione del corpo quale è sottesa alla medicalizzazione, e in particolare dalla considerazione del dolore come malfunzionamento a cui por mano, aggiungendo la parte che non funziona. In effetti molti approcci medici alla terapia del dolore teorizzano la necessità di eliminare del tutto il dolore, in particolare quello cronico, vedendo nei progressi della farmacologia la via regia allo sradicamento di ciò che viene però così considerato in termini di puro deficit meccanico o tutt'al più organico, trascurando del tutto la fondamentale natura esperienziale del dolore. La medicina naturale di cui Gadamer si fa a suo modo promotore insiste invece sulla necessità di tenere in considerazione proprio l'esperienza che la persona fa del proprio dolore, vedendo nel proprio corpo non lo strumento da utilizzare e da riparare quando non funziona, ma in modo del tutto diverso il proprio sé.

Il problema mi pare situarsi a questa altezza: ossia come comprendere categorialmente l'evento dell'esperienza del corpo, nel doppio senso di questo genitivo, cioè in termini di corpo che esperisce e di corpo che esperisce se stesso. Si potrebbe anche introdurre a questo punto la nozione, elaborata soprattutto da Michel Henry, del sentirsi come dimensione riflessiva peculiare alla vita nella sua irriducibilità rispetto alla materia. La posizione di Henry pone un altro problema che però non affronterò qui, per concentrarmi piuttosto su cosa implichi parlare di un corpo che "si" sente. Per farlo è necessario arretrare verso la fenomenologia, e in particolare in direzione della fenomenologia delle emozioni. Ciò che mi preme fare è portare in luce la questione dello statuto categoriale della corporeità senziente e affettiva, e pertanto affetta

dall'esperienza del dolore in modo intrinseco e non in termini di condizione difettiva.

Si tratta, come noto, di una problematica estremamente vasta e diversificata. Considerando solo le analisi fenomenologiche in senso stretto, e quindi partendo dagli scritti di Husserl, si deve innanzi tutto notare come già il fondatore stesso della fenomenologia abbia progressivamente sviluppato posizioni diverse rispetto alla questione di come comprendere il fenomeno emotivo. Nelle *Ricerche logiche* Husserl segue un modello ereditato dal pensiero dominante all'epoca ed elaborato in particolare da C. Stumpf, il quale se da una parte introduce importanti innovazioni rispetto al fenomenismo empiristico della psicologia positivista, intende comunque le emozioni in termini di strutture fondate su soggiacenti rappresentazioni cognitive. Husserl sostiene una tesi analoga quando afferma che "le intenzioni affettive (*Gemütsintentionen*) si basano su intenzioni rappresentazionali o giudicative"⁴. Il ragionamento è piuttosto semplice: per poter provare emozioni rispetto a qualcosa è necessario prima averlo percepito o rappresentato intenzionalmente. È altrettanto evidente che tale considerazione non può essere applicata al dolore, quanto meno al dolore fisico, in quanto esso si dà in maniera affatto svincolata da qualunque rappresentazione intenzionale, e anzi è proprio tale mancanza di oggetto (anche se non di correlazione, questione su cui tornerò) uno degli elementi strutturali della peculiare "logica" del dolore.

Tale considerazione peraltro non vale soltanto per il dolore in quanto tale, il cui statuto è ancora indefinito, ma più in generale per una quantità di sentimenti e stati affettivi che Husserl stesso qualifica come "privi di riferimento a un oggetto". Di qui la decisione piuttosto drastica, presa nelle *Ricerche logiche*, di escludere tali stati soggettivi dal novero di quelli intenzionali, e di relegarli nell'ambito della categoria, estremamente controversa e soggetta a ripetuti slittamenti di senso, di *hyle*. L'iletica è forse la parte più problematica dell'analisi fenomenologica husserliana, ma anche la più feconda se si guarda a quanti sviluppi e a quali diverse formulazioni proprio la sua ambiguità abbia suscitato.

Già nel primo volume delle *Idee*, in ogni caso, Husserl apporta una trasformazione rilevante alla propria posizione, considerando le emozioni come atti intenzionali, in grado di far apparire oggetti di nuovo tipo. Le emozioni cioè non sono più mere colorazioni di atti cognitivi precedenti (in senso strutturale) e in quanto tali fondanti, ma al contrario vengono comprese nella loro capacità di mostrare aspetti dell'essere a cui gli atti cognitivi non accedono. Gli atti emotivi si strutturano secondo due assi fondamentali: consentono la presa di posizione affettiva verso il mondo, indipendentemente dagli atteggiamenti proposizionali, e permettono al soggetto di incontrare *se stesso* secondo determinate possibilità. Questo non significa che Husserl consideri l'affettività come una sorta di fusione emotiva, ma al contrario questa tematica lo porta ad attribuire capacità oggettivante agli stessi atti emotivi, considerando però appunto come 'di nuova specie' gli oggetti così intenzionati.

Husserl distingue inoltre gli atti intenzionali emotivi dalle tonalità emotive, termine che si è soliti attribuire piuttosto a Heidegger, in quanto ritiene che con queste ultime ad apparire sia piuttosto un certo senso della totalità,

e non quindi un determinato affetto, connesso a un individuo in senso fenomenologico. Una diversa tonalità emotiva non cambia una relazione affettiva a questo o quel determinato ente, quanto piuttosto produce una diversa modalità di manifestazione di un mondo, e quindi in definitiva un mondo diverso. La tonalità emotiva rappresenta quindi lo sfondo emozionale dell'apparire del *sensu* di un mondo. In un manoscritto dei primi anni Venti, Husserl sostiene che lo sfondo affettivo non costituisce alcun oggetto particolare, dunque neppure gli oggetti di nuova specie di cui parla nelle *Idee*, quanto piuttosto esso è un "elemento unitario non chiaro, un essere in una tensione confusa e tuttavia priva di direzione" (Ms. A VI 26/3). Di questa determinazione va qui ritenuta soprattutto l'indicazione della tensione come elemento strutturale fondamentale.

La tonalità emotiva dunque, nell'analisi di Husserl, presiede alla configurazione affettiva del mondo, e come tale condiziona anche le apprensioni affettive di oggetti particolari. Pertanto si può dire che ogni senso d'essere che si manifesti in una determinata emozione è disposto nell'orizzonte del mondo che è reso possibile da una peculiare tonalità emotiva. Il che non significa che la tonalità emotiva possa accadere oppure no, perché anzi una certa determinata tonalità è sempre data, anche eventualmente nella forma della assenza di rilevanza affettiva (che non è pura assenza ma qualcosa come una modalità attutita o un grado zero, dunque non puro nulla).

È la tonalità emotiva a "colpire", propriamente, il soggetto, il quale allora si risveglia, diviene desto per il contenuto nella sua caratteristica emozionale (Ms. B III 9/18b). Sono le affezioni stesse dunque a venir incontrate all'interno di una peculiare tonalità, la quale condiziona ogni singola affezione e si propaga lungo ognuna di esse. A volte dunque si può dare il caso che una affezione che apparterebbe a un determinato registro, ad es. una gioia relativa a eventi giocosi, non riesca a far breccia nel suo senso "oggettivo" in una struttura soggettiva condizionata, ad es., da una tonalità emotiva depressa o melanconica. Tale considerazione suggerisce pertanto due riflessioni. Innanzi tutto si può notare che la vita emotiva è costituita essenzialmente da strutture generali, le tonalità emotive, che ne determinano il livello di ricettività. Qui Husserl si avvicina ma insieme prende le distanze dalle analisi di Kant, poiché la ricettività non è pura plasmabilità inerte, ma al contrario costituisce comunque un campo di possibilità e pertanto vi è una forma di attività della passività stessa, su cui Husserl ha speso fondamentali pagine soprattutto nelle *Analisi sulla sintesi passiva*.

In secondo luogo, e propriamente, si può allora porre il problema dell'esperienza del dolore in termini di una prima determinazione strutturale fondamentale. Il dolore accade non a un corpo inerte o meccanico, che come tale nulla potrebbe neppure sapere relativamente alla sua condizione di sofferenza, ma a una struttura caratterizzata da una ricettività generale determinata in base alla propria 'intonabilità' emotiva, se mi si passa l'espressione, ossia secondo una struttura trascendentale di stampo affettivo e non cognitivo, che costituisce propriamente la condizione di possibilità dell'esperire in generale e dell'esperire affettivo in particolare.

A partire da questa prima determinazione si può allora anche osservare che il dolore può correttamente essere

compreso soltanto se lo si considera in termini dinamici. Esso infatti non 'è' puramente e semplicemente, cioè non sussiste, ma accade e interviene, cosa che anche il senso comune del resto riconosce, nella misura in cui, all'interno di una struttura trascendentale affettiva determinata già sempre in un determinato modo, un evento può, ma può anche non, propagarsi sia che esso segua il corso di una determinata tonalità pre-delineata (ad esempio in una tonalità depressa determinati eventi suffragano e rafforzano tale precipua tonalità e altri restano sordi proprio a causa di essa). Ma poi e soprattutto, un evento di natura affettiva peculiare, come è una esperienza dolorosa, si caratterizza per il suo rompere in maniera forzata e traumatica una tonalità emotiva, qualunque essa sia. Il dolore si caratterizza cioè anche per la sua dinamicità non-lineare, quindi sia per il fatto di avere una natura temporalmente connotata, fosse anche di marca estemporanea e istantanea, sia per il fatto che un dolore non può essere compreso nel suo senso d'essere che se viene considerato come proprio di un soggetto vivente, ossia temporalmente atteggiato. Naturalmente qui si apre il capitolo fondamentale della correlazione tra vita e temporalità, su cui non mi posso soffermare se non facendo osservare che forse il dolore costituisce una possibile porta per comprendere il nesso tra tempo e vita, e non una sua manifestazione derivata. In altre parole forse si può dire che il dolore è la marca strutturale del corpo vivente, e cioè di un corpo segnato intrinsecamente dall'apertura rispetto a se stesso, da intendersi come una non-chiusura che ne fa un ente dinamico in senso ontologico, ossia inaugurante un disequilibrio, o forse meglio sarebbe dire essendo aperto all'essere in quanto dis-equilibriata, che non è una determinazione accessoria ma l'essenza stessa del 'vivere' in senso verbale.

Un passo fondamentale nella direzione di una più adeguata comprensione fenomenologica dell'affettività in generale e del dolore in particolare è compiuto da Scheler. Non mi soffermerò qui sulla critica svolta da Scheler nei confronti della prima formulazione data da Husserl, perché si è appunto appena visto quanto essa sia stata comunque sorpassata e fondamentalmente abbandonata da Husserl stesso, anche se non senza nessi con la critica scheleriana. Intendo però porre in risalto un'altra considerazione che Scheler svolte in connessione con il darsi affettivo. In saggi come *Amore e conoscenza* e poi più ampiamente nella sua *Etica*, egli avanza la tesi per cui gli atti emotivi non sono "semplicemente attività del soggetto conoscente che penetra in un oggetto già compiuto, ma sono anche reazioni di risposta dell'oggetto stesso: un 'darsi', un 'dischiudersi' e 'aprirsi', ovvero un autentico *rivelarsi* da parte dell'oggetto"⁵. Le emozioni dunque non vanno intese in senso soggettivistico, anche se sono date a un soggetto corporeo. In esse qualcosa "mi viene dato e 'si manifesta'"⁶.

Il mondo stesso, dunque, si schiude e rivela a quel domandare che è implicito nel sentire emozionale. Scheler parla essenzialmente dell'amore, ma questa tesi può essere estesa sia alle emozioni in generale, sia poi anche alla questione più specifica dell'esperienza dolorosa. Naturalmente Scheler ha di mira il dischiudersi del valore, come oggettualità peculiare, non esperibile cognitivamente ma non per questo relegabile alla convenzione o al contrario pertinente a una sfera formale di tipo trascendentale

kantiano. Ciò che però questa prospettiva consente di vedere meglio, dal punto di vista del problema di comprendere cosa voglia dire 'esperire il dolore', è la sua relazionalità intrinseca. Non soltanto, in altre parole, il soggetto è affetto da esperienze dolorose solo in quanto ha già pre-delineato un mondo in cui si possano dare esperienze di questo genere, come si è visto dalla rapida esposizione della posizione di Husserl; ora si tratta di aggiungere che nell'esperire emotivamente connotato si danno modi peculiari di manifestatività del mondo e degli enti in esso racchiusi. A questo punto dunque si è guadagnato un ulteriore elemento per porre ancora più chiaramente i termini delle condizioni di possibilità di comprendere la manifestazione del dolore: soggetto e oggetto sono co-implicati dalla manifestatività non nel senso che coincidano, ma piuttosto per il fatto che ognuno mostra determinazioni che il pensiero classico tenderebbe innanzi tutto a separare e in ogni caso a rovesciare. Ciò consente di delineare la presenza di un elemento ulteriore per ciò che concerne l'esperienza del dolore, nel doppio senso di questo genitivo: nel suo manifestarsi, si potrebbe osservare, l'oggetto si disvela ovvero 'si' mostra e si rivela, anche se questa manifestazione è lungi dall'essere, come nel caso dell'amore, cui il discorso di Scheler fondamentalmente mira, fonte di elevazione. Chi o cosa si rivela in questo modo, e a chi?

Bisogna qui procedere rapidamente e accennare soltanto a temi che richiedono un ampio sviluppo. Non c'è dubbio che l'oggetto che 'si' manifesta e si dà nell'affettività dolorante del soggetto è il soggetto stesso, ma in forma rovesciata e alienata. Solo a queste condizioni è poi sensato oggettivare il dolore cercandone le cause. Non si deve cioè immaginare di togliere al dolore corporeo questa condizione di estraneità in nome di un approccio diverso dal causalismo, perché ciò lascerebbe fuori comunque un elemento strutturalmente decisivo per la comprensione della stessa interpretazione del fenomeno che si ha di mira. È invece soltanto rispettando l'intimità dell'esperienza del dolore, che è intrinsecamente riflessiva ma proprio perciò anche estraniante, che lo si può cogliere adeguatamente sia per ciò che esso manifesta sia anche per il modo con cui si manifesta, ossia come estraneità.

Si tratta con tutta evidenza di una estraneità intrinseca, una *extimità* avrebbe detto per altre ragioni e con altri fini lo psicoanalista J. Lacan. Ma soltanto questo genere di estraneità intima può essere propriamente dato come dolore, cioè non come evento materiale registrabile in uno spazio omogeneo di tipo fisico-geometrico, ma neppure come 'senso' da interpretare. Se di interpretazione si deve parlare qui, e lo si deve fare perché poi è in gioco la cura e la salute di chi soffre, si tratta allora semmai di quel tipo di interpretazione che procede attraverso la decifrazione dei sintomi. Il dolore, anche quello corporeo apparentemente più meccanico, significa qualcosa, ma il suo modo di significare è proprio dell'enigma, a cui non si pone mano risolvendo un'equazione, ma piuttosto rispondendo in maniera esistenziale e vitale. Soltanto a questo patto si può sottrarre l'esperienza del dolore al suo destino di reificazione medicalizzante, farmacologizzante e in definitiva configurata secondo la prospettiva della tecnica, nel senso heideggeriano e gadameriano del termine, rispettando al contempo il suo radicamento corporeo. È di una

peculiare logica della corporeità che il dolore si nutre e anzi contribuisce più e meglio di altri fenomeni a portare in luce. Con tutta evidenza si tratta di una logica non fondata sul principio di non contraddizione, perché il corpo che duole “è e non è” lo stesso corpo che esperisce il proprio dolore. Ciò pone a sua volta la questione del concetto fenomenologico di “proprio” e correlativamente di “estraneo”, su cui l’ultimo Husserl, alcuni osservazioni di Merleau-Ponty e certe riflessioni di Derrida concordano nel non cessare di interrogarne la complessità.

In chiusura di questo mio intervento non posso che osservare che non si tratta certamente di concludere, poiché la ricerca è appena agli inizi. Si può dire però che alcuni risultati conseguiti da una prima ricognizione delle diverse modellizzazioni disponibili spinge a operare in direzione di una revisione del quadro concettuale pur già articolato e complesso che soggiace alla redazione del McGill Pain Questionnaire. Attraverso la cooperazione interdisciplinare con neuroscienziati, linguisti, psicologi, neurologi e fisiologi, la filosofia può introdurre alcune considerazioni fondamentali di carattere categoriali atte a rivedere piuttosto significativamente il presupposto ontologico che regge l’approccio analitico per metterlo in questione non da un punto di vista speculativo, ma a partire da esigenze pratiche e si potrebbe dire empiriche. Forse è proprio da un empirismo radicale, come direbbe James, ma quindi un empirismo che metta in discussione anche l’ontologia soggiacente la prospettiva cognitivista riduzionistica, che si può muovere in direzione di una ricomprensione del dolore nel suo manifestarsi che resti più aderente alla complessità del fenomeno.

Note

¹ Il saggio è pubblicato online in “Enciclopedia della scienza e della tecnica – Treccani” al sito:

http://www.treccani.it/enciclopedia/neurofilosofia_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/.

² H.G. Gadamer, *Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*, Winter, Heidelberg, 2000, trad. it. *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, Apeiron, Roma, 2004.

³ H.G. Gadamer, *Über die Verborgenheit des Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1993, trad. it. *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1996.

⁴ E. Husserl, *Logische Untersuchungen. Zweiter Teil: Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*, Niemeyer, Halle, 1922³, trad. it. *Ricerche logiche*, Il Saggiatore, Milano, 1988, vol. 2, p. 159.

⁵ M. Scheler, *Liebe und Erkenntnis*, in *Schriften zur Soziologie und Weltanschauungslehre. Bd. III. Gesammelte Werke*, Francke, Bern, 1963, trad. it. *Amore e conoscenza*, Morcelliana, Brescia, 2009, p. 78.

⁶ M. Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bd. II. Gesammelte Werke*, Francke, Bern 1954, trad. it. *Il formalismo nell’etica e l’etica materiale dei valori*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 1996, p. 319.