

TEMI E TESTI

242

“TESTI E STUDI DI STORIA DELLE IDEE E DELLA CULTURA”

# LA COGNIZIONE DEL DOLORE

FILOSOFIA, LETTERATURA, PEDAGOGIA

a cura di

ANDREA LAMBERTI



ROMA 2024

EDIZIONI DI STORIA E LETTERATURA

---

SERIE “TESTI E STUDI DI STORIA DELLE IDEE E DELLA CULTURA”

Questa serie si propone di raccogliere studi e ricerche ispirati al progetto *Biblioteche dei filosofi. Biblioteche filosofiche private in età moderna e contemporanea* dell'Università degli Studi di Cagliari e della Scuola Normale Superiore di Pisa  
<http://picus.unica.it>

*Comitato scientifico*

Francesca Maria Crasta, Giovanna Granata, Andrea Orsucci,  
Renzo Raghianti, Alessandro Savorelli

Tutti i volumi della collana sono sottoposti a *peer review*.

TEMI E TESTI

————— 242 —————

“TESTI E STUDI DI STORIA DELLE IDEE E DELLA CULTURA”

# LA COGNIZIONE DEL DOLORE

FILOSOFIA, LETTERATURA, PEDAGOGIA

a cura di

ANDREA LAMBERTI



ROMA 2024

EDIZIONI DI STORIA E LETTERATURA

Prima edizione: ottobre 2024

ISBN 978-88-9359-865-1  
eISBN 978-88-9359-866-8  
DOI 10.57601/TT\_242\_2024

Pubblicazione realizzata con il contributo dell'Università degli Studi di Cagliari,  
Dipartimento di Lettere, Lingue e Beni culturali

Licenza Creative Commons  
Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale



EDIZIONI DI STORIA E LETTERATURA  
00165 Roma - via delle Fornaci, 38  
Tel. 06.39.67.03.07  
e-mail: redazione@storiaeletteratura.it  
www.storiaeletteratura.it

## INDICE DEL VOLUME

<i>Introduzione. Dolore e conoscenza. Per una storia delle emozioni.....</i>	VII
<b>CARMINE PISANO</b> <i>Destorificare la morte. Il linguaggio del dolore nell'epica omerica .....</i>	1
<b>AUGUSTO COSENTINO</b> <i>Dolore e angoscia tra umano e divino nello gnosticismo .....</i>	15
<b>MARTINO ROSSI MONTI</b> <i>Guardare il dolore degli altri. Scenari medievali.....</i>	33
<b>FRANCESCA MARIA CRASTA</b> <i>Mistica e dolore spirituale.</i> <i>Brigida di Svezia e Camilla Battista da Varano .....</i>	51
<b>GIOVANNA GRANATA</b> <i>I dolori mentali di Gesù di Camilla Battista da Varano.</i> <i>Storia editoriale di un'opera e fortuna di un tema .....</i>	59
<b>MARCO TORELLI</b> <i>«En esta noche de contemplación penosa». L'esperienza del dolore</i> <i>nella Noche oscura di Giovanni della Croce.....</i>	73
<b>ANDREA LAMBERTI</b> <i>Dolore e scienza morale nel Settecento italiano .....</i>	87
<b>RENZO RAGGHIANI</b> <i>Algo e fisiologia nei dibattiti francesi dell'Ottocento.....</i>	99
<b>MICHELE ZEDDA</b> <i>La teoria leopardiana del dolore.....</i>	113

GIOVANNA FRONGIA	
<i>La sofferenza e la pratica clinica. Lo sguardo del medico sul dolore .....</i>	127
CLAUDIA SECCI	
<i>Quando il crescere si fa dolore.</i>	
<i>I giovani tra infanzia perduta e soggettivazione.....</i>	139
<i>Indice dei nomi .....</i>	153

re, la filosofia dell'antica Stoà è un riferimento autorevole, una fonte sicura nella formazione e nella creazione artistica di Leopardi<sup>49</sup>.

Chiarita l'ascendenza stoica, va segnalata un'altra posizione del poeta. A seconda del tipo umano, il dolore è affrontato diversamente, come provano il selvaggio, l'uomo colto e l'uomo antico. Al riguardo, è significativo un passo dello *Zibaldone*, dove l'assuefazione gioca, come sempre, un ruolo decisivo:

A noi non pare che così fatti sfoghi, questo gridare, questo pianger forte, strapparsi i capelli, gittarsi in terra, voltolarsi, dar del capo nelle pareti, cose usate nelle sventure dagli antichi, usate dai selvaggi, usate tra noi oggidì dalle genti del volgo, possano essere di niun conforto al dolore; e veramente a noi non sarebbero, perché non ci siamo più inclinati e portati dalla natura in niun modo; e quando anche le facessimo, le faremmo forzatamente, sarebbe studio e non natura, e però cosa inutile: tanto è mutata, vinta, cancellata in noi la natura dall'assuefazione<sup>50</sup>.

Con tutta evidenza, Leopardi compie una discriminazione antropologica, oggi non più proponibile, da leggere, quindi, sullo sfondo del primo Ottocento, di una società classista e provinciale come quella di Recanati. A seconda del tipo umano, è peculiare la reazione al dolore; inoltre, «questi atti, insegnati dalla natura medesima (il che non si può volgere in dubbio), sono a chi li pratica, naturalmente, un conforto grandissimo ed un compenso molto opportuno nelle calamità»<sup>51</sup>. Per di più è da notare che «quegli sfoghi sono veramente una medicina quasi un narcotico preparata dalla natura medesima, perché l'uomo potesse sopportare i suoi mali più leggermente»<sup>52</sup>. Ben altra è la risposta dell'uomo colto, lontano da tali reazioni volgari e incapace di apprezzarne l'utilità: «noi siamo ridotti a non saper né pure intendere come essi giovino a quelli che naturalmente gli vediamo esercitare»<sup>53</sup>. Ancora una volta, la cultura non è d'alcun aiuto poiché propone una condotta contraria a quella naturale:

Ed è questo un altro beneficio della filosofia e della civiltà, che pretendendo insegnarci a sopportare le calamità meglio che non fa a noi la natura, e predicandoci il disprezzo del dolore, e facendoci vergognar di mostrarlo, come di cosa indegna di uomini, e da vigliacchi e indotti; ci ha privati di quel soccorso che la natura ci aveva apprestato, molto più efficace di qualsivoglia dei loro<sup>54</sup>.

<sup>49</sup> Sull'influenza dello stoicismo in Leopardi si segnala il saggio di S. Timpanaro, *Il Leopardi e i filosofi antichi*, in Id., *Classicismo e illuminismo nell'Ottocento italiano*, Pisa, Nistri-Lischi, 1969.

<sup>50</sup> *Zibaldone di pensieri*, [4243-4244].

<sup>51</sup> *Ibidem*, [4244].

<sup>52</sup> *Ibidem*, [4244-4245].

<sup>53</sup> *Ibidem*, [4245].

<sup>54</sup> *Ibidem*.

Non va esclusa, pure qui, l'influenza di Rousseau, per questo esaltare la natura e lamentarne la lontananza. Emerge a pieno, quindi, l'antitesi natura-cultura, così pregnante nel pensiero leopardiano e, peraltro, così feconda di poesia. A questo punto, è utile un breve inciso. Nei confronti della filosofia, la posizione del poeta non è univoca, ma segue un'evoluzione. In un primo tempo, Leopardi rifiuta la filosofia, in quanto distrugge l'amor patrio e le illusioni, oltre a rendere più arido il vivere. Adriano Tilgher fa notare che quella salvata da Leopardi è «una *mezza filosofia*, che sia compatibile con le illusioni, con l'azione, con la vita (...). Presa a gocce la filosofia può essere innocua e perfino utile; presa a dosi massive, uccide senza rimedio»<sup>55</sup>. Più avanti nel tempo, Leopardi rivaluta la filosofia, le assegna il prezioso compito di intuire la realtà, la lega fecondamente all'immaginazione e finisce «per vedere nella filosofia nient'altro che poesia»<sup>56</sup>. Lo stoicismo è comunque una 'mezza filosofia' di indubbia utilità.

Nel pensare il dolore, Leopardi si cimenta con una questione più pedagogica, cioè la cura dell'altrui sofferenza, implicante più cautele; al riguardo, è indicativa una nota dello *Zibaldone* dove si suggerisce il modo di consolare una persona addolorata:

Non ti mostrare incredulo al suo male, se è vero. Non la persuaderesti, e l'abbatteresti davantaggio, privandola della compassione. Ella conosce bene il suo male, e tu confessandolo converrai con lei. Ma nel fondo ultimo del suo cuore le resta una goccia d'illusione. I più disperati credi certo che la conservano, per beneficio costante della natura. Guarda di non seccargliela, e vogli piuttosto peccare nell'attenuare il suo male e mostrarti poco compassionevole, che nell'accertarlo di quello in cui la sua immaginazione contraddice ancora alla sua ragione<sup>57</sup>.

Non tutto però è sempre così semplice, in quanto il sofferente può talora esagerare il suo dolore; in tal caso, «sii certo che nell'intimo del suo cuore fa tutto l'opposto, dico nell'intimo, cioè in un fondo nascosto anche a lui»<sup>58</sup>, cosicché, per recare un vero conforto, bisogna convenire «non colle sue parole, ma col suo cuore», perciò è bene dare «una certa realtà a quell'ombra d'illusione che gli resta»; nel caso contrario, gli daresti «un colpo estremo e mortale». Con queste parole, il poeta-filosofo valorizza il sentimento umano di aiuto, fratellanza e solidarietà, così ben espresso nei più tardivi versi della *Ginestra*. Va però notato come altrove sia tutt'altro che fiducioso. Nell'aiuto dato al sofferente vede infatti, né più né meno, un'egoistica pietà di sé. Questo avviene quando chi conforta ha già provato lo stesso dolore:

<sup>55</sup> A. Tilgher, *La filosofia di Leopardi*, Bologna, Boni, 1979, p. 69.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 71.

<sup>57</sup> *Zibaldone di pensieri*, [139-140].

<sup>58</sup> *Ibidem*, [140].

Non c'è uomo da cui tu possa sperar meno che da chi si ritrova presentemente nella stessa calamità o nelle stesse circostanze tue. L'interesse ch'egli prova per se, soffoca tutto quello che potrebbe ispirargli il caso tuo. Ad ogni circostanza, ad ogni minuzia del tuo racconto, egli si rivolge sopra di se, e le considera applicandole alla sua persona. Lo vedrai commosso, crederai che senta pietà di te, ma la sente di se stesso unicamente<sup>59</sup>.

Non si può non segnalare, qui, un qualche disaccordo fra le sue idee, ma è sempre da ricordare, in Leopardi, l'assenza di ogni finalità sistematica. Lo *Zibaldone* è comunque un archivio di annotazioni, pieno di temi e pensieri i più disparati, svolti senz'alcun ordine, né filo conduttore, sicché è del tutto normale notarvi frizioni e discordanze. Quel che va rilevato, in ultima analisi, è il suo impegno teorico nel fronteggiare il dolore; un impegno notevole, di valenza sia eudemonistica che pedagogica, in quanto rivolto al proprio come all'altrui benessere.

#### 4. *Considerazioni finali.*

Nel concludere questa ricognizione, si può ribadire l'interesse molto vivo, in Leopardi, verso la tematica del dolore. A questa egli dedica grande attenzione, valendosi pure, con evidente guadagno teorico, dell'introspezione e dell'osservazione del prossimo. Nell'esistenza umana il dolore gioca un ruolo cruciale, in quanto influenza a fondo le scelte, il pensiero, le paure, il concreto vivere; quindi, nel suo condizionare la persona, concorre a darle forma e dunque è *formativo*. Pertanto, l'esistenza umana è ben più comprensibile se osservata da questa prospettiva. Visto così, il dolore è anche un problema da affrontare in chiave eudemonistica, in vista di un vivere più lieve. Si configura perciò, per Leopardi, come questione sia teorica sia pratica. Del resto, la sua tenebrosa infelicità lo spinge a raziocinare a lungo su questo punto e a suggerire più rimedi, come il tempo, l'assuefazione, le illusioni e – di più chiara ascendenza stoica – la pazienza, la forza d'animo, la rassegnazione, l'indifferenza. Ampio e variegato, il suo discorso sul dolore ne analizza con estrema cura cause, forme, fenomenologia, ma non manca la dimensione più pratica, relativa all'educare al dolore, nel senso di saperlo fronteggiare, convivervi con più facilità e renderlo più lieve, a sé come al prossimo. Nella concezione leopardiana vi è, dunque, una linea di vera e propria filosofia pratica, di sicura utilità per il giovane e per l'adulto; una filosofia pratica che ancor oggi può indicare più spunti per vivere il dolore come esperienza feconda in un processo di crescita e maturazione personale.

<sup>59</sup> *Ibidem*, [99].



GIOVANNA FRONGIA

## LA SOFFERENZA E LA PRATICA CLINICA

### LO SGUARDO DEL MEDICO SUL DOLORE

Give sorrow words: the grief that does not speak  
Whispers the o'er-fraught heart and bids it break.

William Shakespeare

#### 1. *L'esperienza del dolore.*

Dolore e sofferenza rappresentano esperienze originarie e costitutive dell'esistenza umana e hanno da sempre sollecitato approcci cognitivi e interventi pratici differenti. Pur trattandosi di esperienze universali, comuni a tutti gli esseri umani, il dolore e la sofferenza sono fenomeni particolari e individuali talmente radicati nel soggetto da poter essere compresi solo da chi li prova, dal momento che nessun individuo può essere sostituito nel proprio dolore. L'esperienza del patire, inoltre, rivela all'uomo la sua limitatezza e la sua finitudine e nel suo essere presagio di morte reca in sé una domanda di senso sull'esistenza: perché proprio io? che significato ha questo dolore? Si chiede il sofferente. Attribuire un significato al dolore lo rende più accettabile, poiché il *non senso* del dolore aumenta la sofferenza, come mette in luce l'antropologo David Le Breton, il quale afferma: «Il dolore esige di avere senso, poiché sembra inconcepibile che l'esistenza sia spezzata senza ragione»<sup>1</sup>.

L'esperienza del dolore, pertanto, è al tempo stesso «fatto personale, ma è anche evento cosmico»<sup>2</sup> che irrompe nella vita dell'uomo trasformando le sue relazioni con il mondo, con gli affetti e modificando la stessa percezione della propria identità e del proprio sé. Scrive Salvatore Natoli: «Il dolore è, per un lato, strettamente personale e quindi separa; per l'altro, è stranamente universale perché nel momento in cui mi interrogo sul mio dolore, mi interrogo sul dolore del mondo, sul senso della vita»<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> D. Le Breton, *Esperienze del dolore: fra distruzione e rinascita*, Milano, Raffaello Cortina, 2014, p. 11.

<sup>2</sup> S. Natoli, *L'esperienza del dolore: le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 8.

<sup>3</sup> S. Natoli – M. D. Semeraro, *Dolore*, Trento, Il margine, 2013, p. 18.

Il filosofo riconosce nell'esperienza del dolore una circolarità fra l'oggettività del danno e la dimensione del senso, ossia il significato che il soggetto attribuisce al dolore vissuto. Secondo questo paradigma interpretativo l'universalità del dolore riguarda il danno, mentre la soggettività fa riferimento al modo in cui il dolore viene vissuto dal singolo individuo e al senso che il soggetto gli attribuisce. Ad essere universale, precisa il filosofo, non è quindi il dolore, ma il danno che può essere una malattia, una disabilità o una disfunzione, mentre il modo in cui il danno è vissuto, il senso e il significato, appartiene soltanto al soggetto sofferente. Nell'esperienza del dolore, fenomeno complesso e multiforme, si intrecciano quindi fattori fisici, psicologici ed emotivi che si influenzano a vicenda e che non sono mai slegati dalla storia personale dell'individuo, dal contesto culturale e sociale in cui vive e dal significato che egli stesso attribuisce al suo dolore, non solo presente ma anche passato e futuro.

L'uomo fin dalle origini si è interrogato sulla natura del dolore e ha cercato di comprenderlo per eliminarlo o quanto meno per alleviarlo. Alla comprensione cognitiva del dolore, fin dall'antichità, si è affiancata la ricerca di strumenti e interventi pratici per contrastare la sofferenza soprattutto per mezzo della scienza e della tecnica. Come racconta Eschilo nella tragedia greca *Prometeo incatenato* e come esemplificato dal filosofo Hans-Georg Gadamer in *Dove si nasconde la salute*<sup>4</sup>, Prometeo ruba il fuoco agli dèi e lo dona agli esseri umani per aiutarli a superare i propri limiti e a dominare l'ambiente esterno, permettendo da lì lo sviluppo di competenze tecniche:

PROMETEO: Spensi all'uomo la vista della morte.

CORIFEA: Che farmaco trovasti a questo male?

PROMETEO: Semina la speranza, che non vede. (...)

Poi lo feci partecipe del fuoco<sup>5</sup>.

Insieme al fuoco Prometeo dona agli uomini anche un *phàrmakon*, che è nello stesso tempo rimedio e veleno, 'la speranza che non vede', ossia l'oblio dell'ora della morte. Il fuoco e con esso la tecnica permettono agli uomini di accrescere la loro potenza, procurando loro un'illusione di immortalità:

In fondo la vera colpa di Prometeo non è quella di avere rapito il fuoco agli dèi a vantaggio degli uomini, non è quella di averli messi al riparo dalle intemperie e dalle avversità, ma è quella di averli in tal modo involontariamente illusi di potere vincere la morte, d'essere capaci di immortalità<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina, 1994, cfr. i capitoli *L'esperienza della morte*, pp. 72-73 e *Angoscia e paura*, pp. 164-165.

<sup>5</sup> Eschilo, *Prometeo incatenato*, vv. 371-375, in *Tragici greci*, trad. it. di E. Mandruzzato, Firenze, Sansoni, 1998, p. 92.

<sup>6</sup> S. Natoli, *Parole della filosofia o dell'arte di meditare*, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 147.

La sofferenza rappresenta la risposta emotiva al dolore, ma va precisato subito che non tutti i dolori fisici generano sofferenza nell'individuo. Come dimostra l'esperienza, spesso il dolore ha a che fare con malesseri temporanei o sensazioni dolorose che forniscono un utile campanello di allarme, un meccanismo difensivo del corpo che ha lo scopo di segnalare una qualche disfunzione, sia essa una patologia, un danno dei tessuti o un processo degenerativo in atto. Tale dolore che definiamo acuto compare all'improvviso e ha una durata limitata perché cessa con l'eliminazione della causa che l'ha provocato. Tuttavia, quando il dolore fisico perde la sua funzione di campanello e da temporaneo diventa duraturo, cioè si cronicizza, allora non solo diviene l'origine della sofferenza ma coincide esso stesso con la malattia. È questo il caso del dolore cronico o «dolore ribelle»<sup>7</sup>, per dirla con le parole di Le Breton. Tale dolore investe l'integrità psicofisica della persona, può essere continuo o attivarsi ad intervalli e si prolunga per lunghi periodi, senza che i medici riescano a individuarne o a eliminarne la causa. Ed è proprio nel trattamento del dolore cronico che nella pratica clinica emergono, in maniera più evidente, le contraddizioni della concezione filosofica che sta alla base del paradigma biomedico moderno e che risale al dualismo platonico-cartesiano. Tale approccio teorico che separa radicalmente la *res cogitans* dalla *res extensa*, negando qualsiasi collegamento tra mente e corpo, ha implicazioni pratiche ed etiche nell'interpretazione che del dolore e della malattia dà la medicina tecnico-scientifica e, naturalmente, nel modo in cui tale esperienza esistenziale fondamentale viene trattata nell'esercizio della pratica clinica. In realtà lo stesso Cartesio, nell'analizzare il dolore, si rese conto della difficoltà di spiegare come due realtà così eterogenee potessero coesistere e interagire nell'essere umano; nelle *Meditazioni metafisiche* spiega:

La natura mi insegna anche, per mezzo di queste sensazioni di dolore, di fame, di sete, ecc., che io non sono solamente alloggiato nel mio corpo, come un pilota nel suo battello, ma che gli sono strettissimamente congiunto, e talmente confuso e mescolato da comporre come un sol tutto. Poiché, se ciò non fosse, quando il mio corpo è ferito, non perciò sentirei dolore, io che sono soltanto una cosa pensante, ma percepirei questa ferita per mezzo del solo intelletto, come un pilota percepisce con la vista se qualcosa si rompe nel suo vascello (...). Perché in effetti tutte queste sensazioni di fame, di sete, di dolore, ecc. non sono altro che maniere confuse di pensare, che provengono e dipendono dall'unione, e come dalla mescolanza, dello spirito con il corpo<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Le Breton, *Esperienze del dolore*, pp. 23-30.

<sup>8</sup> R. Descartes, *Meditazioni metafisiche. Obbiezioni e risposte*, in Id., *Opere*, vol. II, Roma-Bari, Laterza, 1992, p. 75.

## 2. *Lo sguardo del medico sul dolore e sulla malattia.*

Nelle varie epoche e civiltà al patire e alla sofferenza sono stati attribuiti differenti significati, così come molteplici sono le risposte date alla domanda di senso che il dolore, nel suo presentarsi come evento improvviso, inevitabile e difficilmente intelligibile, pone all'individuo. Mentre le culture tradizionali hanno affrontato il dolore, la malattia e la morte integrandoli nella realtà soggettiva del corpo e li hanno resi tollerabili attribuendo loro un senso, in epoca contemporanea, al contrario, assistiamo al tentativo di rimozione del dolore, della sofferenza e della morte dalla dimensione esistenziale quotidiana e a una loro progressiva e radicale medicalizzazione. Nel mondo attuale le risposte al dolore e alla sofferenza sono affidate alla scienza medica che si è sostituita ad altri tipi di saperi come i miti e le religioni, che fin dalle origini dell'uomo hanno tentato di dare un senso all'esperienza del dolore. Il paziente si reca dal medico perché *sente* un dolore e compito del medico è alleviare o eliminare la causa della sofferenza per mezzo delle sue conoscenze teoriche e delle sue competenze tecniche. Già nella seconda metà del XX secolo, alcuni filosofi<sup>9</sup> denunciarono il rischio associato a una medicalizzazione e farmacologizzazione del dolore, tale che non si riesce a riconoscere queste esperienze come fondamentali della condizione umana. Il termine 'medicalizzazione' si diffuse negli anni Settanta attraverso l'opera di Ivan Illich, autore della prima critica radicale della medicina moderna. Nel suo saggio *Nemesi medica* Illich mette in luce come la moderna civiltà medica tenda a trasformare il dolore in un problema soltanto tecnico, spogliando in tal modo la sofferenza del suo intrinseco significato personale<sup>10</sup>.

Gadamer, nel suo ultimo intervento pubblico tenuto nel 2000, all'Università di Heidelberg, nell'ambito del congresso *L'approccio al dolore in ortopedia*, affronta il tema del dolore a partire dalla sua personale esperienza di contagio dal virus della poliomelite, esperienza vissuta all'età di ventidue anni, che gli procurò dolori articolari 'leggeri' ma persistenti per tutta la vita. Il filosofo apre il suo intervento di fronte a una platea di biologi, medici e psicologi con una provocazione, affermando che l'analisi dell'esperienza del dolore non debba essere affidata alla scienza medica ma al soggetto colpito dal dolore, il vero protagonista della guarigione. Il paziente deve affiancare il terapeuta fornendogli consapevolmente il proprio apporto in vista di una condivisione di scelte e preferenze poiché la comprensione del percorso di

<sup>9</sup> Per un'analisi articolata del dispositivo della clinica come origine della medicalizzazione della vita cfr. M. Foucault, *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1998.

<sup>10</sup> I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Boroli, 2005, pp. 144-159.

cura risulta più efficace quando è partecipata, piuttosto che quando è imposta dall'alto dell'autorità medica. Il filosofo prosegue la sua breve conferenza sviluppando una critica alla medicalizzazione farmacologica del dolore, sostenendo di contro la necessità di comprendere la sofferenza attraverso l'attribuzione di un senso e di viverla come un'opportunità e uno stimolo per migliorare la comprensione dell'esistenza e non soltanto come un malfunzionamento dell'organismo. La tecnica che personalizza la relazione di cura per Gadamer non è la strada per vincere e superare i dolori. Riferendosi agli studi sulla terapia naturale dell'amico medico di Heidelberg Paul Vogler, il filosofo sostiene la possibilità di una medicina alternativa che sia in grado di sviluppare l'energia latente nel corpo dolorante:

Il dolore costituisce in questo senso una grossa opportunità, forse la maggiore opportunità, per venire finalmente a capo di ciò che ci è stato imposto. Se gli impediremo di sconfiggerci, il dolore ci permetterà di intuire la vera dimensione dell'esistenza. Il pericolo più grande di un'epoca dominata dalla tecnologia sta, anche secondo me, nella fondata eventualità che quelle energie siano sottovalutate e di conseguenza – è comprensibile – le nostre capacità non arrivino a svilupparsi completamente<sup>11</sup>.

In realtà obiettivo dichiarato di Gadamer all'inizio della sua relazione è quello di sviluppare un dialogo con i presenti, secondo la migliore tradizione ermeneutica, sui temi da lui brevemente abbozzati. Nel confronto dialettico del dibattito che segue il suo intervento, infatti, il filosofo precisa meglio la sua posizione in risposta all'obiezione sulla necessità dell'utilizzo di trattamenti farmacologici per alleviare il dolore di tanti pazienti che, sconvolti dalla sofferenza, non sono in grado di sviluppare le loro capacità latenti. Egli riconosce l'importanza dei rimedi dell'industria farmaceutica impiegati dalla moderna medicina, ma sostiene che tali terapie siano da inserire nel contesto generale della personalità del malato; ribadisce poi la funzione maieutica del medico che «deve aiutarci a diventare consapevoli di quelle energie»<sup>12</sup>. Tali argomentazioni del filosofo sembrerebbero trovare un predecessore illustre in Michel de Montaigne che negli *Essais* riflette su dolore, malattia e morte scagliandosi contro le falsificazioni operate dai medici, i quali «conoscono Galeno, ma per nulla il malato»<sup>13</sup>. Vorrei precisare che non è mia intenzione negare il valore dei progressi della biomedicina e delle innovazioni tecnologi-

<sup>11</sup> H.-G. Gadamer, *Il dolore: valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, Roma, Apeiron, 2004, p. 28. Cfr. L. Vanzago, *L'esperienza del dolore. Modelli concettuali a confronto*, «Philosophical Readings», VIII (2016), pp. 46-52: 49.

<sup>12</sup> Gadamer, *Il dolore*, p. 37.

<sup>13</sup> M. de Montaigne, *Saggi*, Milano, Bompiani, 2012, p. 249.

che e farmacologiche nella cura di tante patologie prima d'ora incurabili, ma desidero sottolineare come le terapie farmacologiche e i sofisticati strumenti diagnostici, indispensabili per la clinica e per la salute, vadano inseriti nel contesto del rapporto personale con il sofferente.

L'antropologo Giovanni Pizza nei suoi studi sull'esperienza del dolore sostiene che le categorie biomediche e gli strumenti diagnostici sono insufficienti a render conto della complessità di questo fenomeno che sfugge ai tentativi di misurazione scientifica. Tuttavia, precisa lo studioso, l'esperienza del dolore non può neppure essere interpretata soltanto all'interno della visione culturalista proposta dall'antropologia medica: «Biomedicina e antropologia, in fondo, si confrontano con la stessa difficoltà: l'impossibilità di descrivere l'esperienza del dolore»<sup>14</sup>. Dello stesso avviso è Aniello Montano, storico e filosofo napoletano venuto a mancare a seguito di una grave patologia e autore del testo *Il guaritore ferito*, scritto a partire dall'esperienza di malattia sofferta in prima persona. Nel primo capitolo, *Dolore e sofferenza*, il filosofo affronta il tema della percezione soggettiva della sofferenza da parte del paziente, ponendo l'accento, oltre che sull'isolamento che il dolore comporta per il soggetto a causa della sua incomunicabilità, anche sulla complessità di tale fenomeno, che non può essere compreso soltanto dal punto di vista di un sapere specifico: «Dolore e sofferenza, e con essi la morte, si sottraggono ad ogni possibilità di essere affrontati in regime di competenza esclusiva da uno solo o da alcuni settori del sapere»<sup>15</sup>. Tale esperienza per essere compresa necessita di nuovi linguaggi e di uno sguardo medico rivolto a tutti gli aspetti della sofferenza, un occhio clinico capace di integrare la dimensione biologica del dolore e della malattia (*disease*) con il vissuto di sofferenza del paziente (*illness*) e con la dimensione culturale e sociale (*sickness*).

L'esperienza del dolore, soprattutto di quello cronico, contraddice il principio centrale del paradigma biomedico secondo il quale la conoscenza *oggettiva* del dolore e della malattia sono possibili a prescindere dall'esperienza soggettiva<sup>16</sup>. Anche l'antropologo medico Byron J. Good della Harvard Medical School, tra i primi studiosi, insieme ad Arthur Kleinman, a dare valore alla rappresentazione dell'esperienza soggettiva del dolore e della malattia, nella sua analisi fenomenologica sul dolore cronico mette in luce

<sup>14</sup> G. Pizza, *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci, 2005, p. 107.

<sup>15</sup> A. Montano, *Il guaritore ferito. L'etica della vita e della salute tra responsabilità e speranza*, Napoli, Bibliopolis, 2004, p. 16.

<sup>16</sup> B. J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Einaudi, 2006, p. 178.

le difficoltà che emergono dalla visione oggettivista del sapere medico, in relazione all'esperienza del dolore e del patire. A partire dall'analisi del testo di un'intervista effettuata su un giovane affetto da dolore cronico, attingendo alle analisi fenomenologiche di Alfred Schütz sull'esperienza di malattia, l'antropologo mostra come la distinzione fra realtà oggettiva e mondo dell'esperienza soggettiva, operata dalla clinica nella gestione del dolore cronico, rischi di oscurare «l'interpretazione al punto che il fenomeno diventa praticamente inintelligibile»<sup>17</sup>.

Dalla concezione dualistica della moderna biomedicina deriva anche la separazione fra dolori che hanno origine nel corpo e dolori che hanno origine nella mente o nella psiche, come afferma Le Breton:

Di qui la presunzione di un dolore (fisico) e una sofferenza (psichica) e pertanto la distinzione tra il dolore che colpisce la carne e la sofferenza che riguarda la psiche. Ma tale distinzione contrappone il corpo allo spirito come fossero due realtà distinte (...). Entrambi i dualismi – dolore/sofferenza, corpo/spirito – non hanno alcun fondamento. La condizione umana è, da principio e in modo irriducibile, una condizione corporea<sup>18</sup>.

Il dolore fisico, nell'interpretazione del paradigma biomedico, assume maggiormente carattere di realtà perché è più facilmente oggettivabile nella lesione dell'organo, del tessuto o della cellula, identificata come la 'causa' del male che si manifesta nel corpo. Fra dolore fisico e psichico non c'è separazione poiché entrambi, nel momento in cui generano sofferenza, riguardano l'uomo nella sua integrità, considerato che la mente e il corpo si influenzano reciprocamente. Il dolore fisico, se prolungato, crea sofferenza psichica così come ogni dolore mentale ha ripercussioni sul corpo.

Nella comunicazione *La souffrance n'est pas la douleur*<sup>19</sup> pronunciata in occasione di un seminario organizzato dall'Association Française de Psychiatrie a Brest nel 1992, il filosofo Paul Ricœur, illustrando la distinzione linguistica fra i termini dolore e sofferenza, mostra come, nel linguaggio comune, tali termini sconfinino l'uno nell'altro. Il termine dolore, argomenta nella sua relazione il filosofo, si riferisce ad affezioni localizzate in singoli organi del corpo o in tutto il corpo, mentre il termine sofferenza ha a che fare

<sup>17</sup> *Ibidem*

<sup>18</sup> Le Breton, *Esperienze del dolore*, p. xv.

<sup>19</sup> *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, sous la direction de C. Marin – N. Zaccari-Reyners, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, pp. 13-33. Il testo di questa relazione è stato pubblicato in un numero speciale della rivista «Psychiatrie française», giugno 1992, e nella rivista «Autrement», *Souffrances*, CXLII (1994).

con la riflessività, il linguaggio, il senso e il rapporto con se stessi e con gli altri. Tuttavia, avverte lo studioso, per il senso comune i termini sono spesso interscambiabili, infatti nel linguaggio ordinario non di rado utilizziamo l'espressione 'dolore' in riferimento alla perdita e al lutto, e dichiariamo di 'soffrire' per un dolore fisico localizzato nel corpo, per esempio un mal di denti, come specifica il filosofo; questo perché, afferma Ricoeur:

La douleur pure, purement physique, reste un cas limite, comme l'est peut-être la souffrance supposée purement psychique, laquelle va rarement sans quelque degré de somatisation<sup>20</sup>.

Dall'analisi fenomenologica dell'esperienza del dolore e della sofferenza emerge come nella pratica clinica la distinzione tra corpo e spirito operata dal dualismo non sia capace di render conto di tali fenomeni in tutte le loro manifestazioni, in quanto l'esperienza mostra che non c'è un dolore oggettivo, quantificabile e misurabile, ma la sofferenza è sempre particolare e individuale e la natura del dolore è anche determinata dal significato che l'individuo sofferente gli attribuisce. Nella clinica il dolore del corpo vissuto è sostituito con il malfunzionamento del *bios* o della psiche, il dolore assume significato unicamente come sintomo inserito all'interno di un quadro diagnostico. Rimane fuori dall'anamnesi la sofferenza emotiva, sociale e affettiva che quel dolore provoca nel soggetto, il quale richiede l'intervento del medico, perché 'si sente male'. Il medico si rappresenta il dolore e la malattia come localizzati nel corpo, che a sua volta è interpretato come un oggetto fisico o uno stato fisiologico, a prescindere dall'esperienza soggettiva del paziente e dello stesso medico; mentre per colui che soffre la malattia rappresenta un nuovo modo di esistere:

Per la persona malata – come del resto per il medico – la malattia è vissuta come presente nel corpo, ma per chi soffre il corpo non è semplicemente un oggetto fisico o uno stato fisiologico: è una parte essenziale del sé. Il corpo è soggetto, il fondamento stesso della soggettività o dell'esperienza del mondo, e il corpo come «oggetto fisico» non può essere distinto nettamente dagli «stati di coscienza»<sup>21</sup>.

L'individuo sofferente non è soltanto espressione di un corpo biologico, di un *Körper*, ma è anche un corpo vissuto, un *Leib*, per riprendere la nota distinzione della fenomenologia husserliana, la quale ha dato un impulso fondamentale al recupero dell'esperienza soggettiva del dolore e all'analisi del corpo inteso anche come 'corpo-soggetto'.

<sup>20</sup> *Souffrance et douleur*, p. 14.

<sup>21</sup> Good, *Narrare la malattia*, p. 177.

La filosofa statunitense Kay Toombs, affetta da sclerosi multipla, nei suoi studi sul dolore del corpo, suggerisce che l'approccio fenomenologico, così com'è stato sviluppato nei lavori di Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre e Richard Zaner, fornisca una più ampia interpretazione dell'esperienza soggettiva del dolore e dei suoi aspetti esistenziali, rispetto alle analisi derivanti dal paradigma riduzionista di stampo cartesiano<sup>22</sup>. A partire dalla sua personale esperienza di malattia la studiosa osserva che l'individuo, come corpo incarnato, sperimenta la sua sofferenza come una lacerazione del suo sé, piuttosto che come una disfunzione biologica. Per il paradigma biomedico tradizionale di matrice cartesiana il corpo è una macchina che può essere divisa in pezzi, in organi e in tessuti, e il dolore, il male che colpisce il corpo, corrisponde a un guasto da 'riparare'. Resta fuori da questa visione l'esperienza soggettiva della malattia, la sofferenza del *lived body*, poiché la malattia intesa come disfunzione fisica del corpo biologico, scrive la studiosa, «in a very explicit way it omits the person to whom the body belongs, the person whose body it is» e non tiene conto del fatto che il dolore rappresenta invece «the disorder of body, self and world»<sup>23</sup>. Il corpo non è un oggetto qualunque della realtà, ma è l'espressione del soggetto nel mondo, è ciò che rende possibile l'esperienza.

Il dolore fisico, proprio perché dolore del 'corpo-oggetto' rischia di essere reificato nei processi di oggettivazione scientifica, in cui il corpo non è un corpo vissuto, bensì è trattato come un qualsiasi oggetto naturale del mondo. L'esperienza ci mostra che colui che 'sente' il dolore non lo percepisce soltanto localizzato in una parte specifica del corpo, ma il dolore riguarda l'integrità psicofisica dell'individuo ed è inserito nella sua storia personale, tanto da alterare e modificare gli stessi rapporti e le relazioni che esso intrattiene con il mondo: «Il dolore non è la traduzione matematica di una lesione, esso è significato, ossia sofferenza, ed è percepito secondo una griglia interpretativa propria di ciascun individuo»<sup>24</sup>. In altri termini, il paziente non è soltanto un organismo da guarire, un *Körper* da auscultare, ma il paziente è anche un *Leib* da ascoltare, perché la sua esperienza dolorosa è integrata nel suo vissuto esistenziale. Il dolore è un'esperienza somatica che nasce nel corpo fisico, ma che invade anche il corpo vissuto e rappresenta per il soggetto una minaccia per l'integrità della propria identità. Allora il medico che voglia praticare sul paziente una cura globale di tutta la sua persona deve anche accompagnar-

<sup>22</sup> S. K. Toombs, *Illness and the Paradigme of Lived Body*, «Theoretical Medicine», IX (1988), pp. 201-226.

<sup>23</sup> *Ibidem*, pp. 201-202.

<sup>24</sup> Le Breton, *Antropologia del dolore*, p. XIX.

lo nella ricostituzione di tale integrità, riconoscendo la multidimensionalità dell'esperienza del dolore e la complessità del 'sentirsi male'.

### 3. *Il narratore ferito.*

L'incontro tra corporeità e identità avviene nella narrazione, nella storia di malattia che il paziente costruisce per dare un significato al proprio dolore, inserendola così nella trama più ampia della sua vita lacerata dall'evento doloroso. Secondo il sociologo Michael Bury la malattia cronica costituisce per il soggetto una rottura biografica nel momento in cui impone una riorganizzazione differente della vita quotidiana. Nella sua ricerca condotta in Inghilterra con interviste semi-strutturate e conversazioni informali su trenta pazienti affetti da artrite reumatoide, mette in luce come tale patologia cronica degenerativa determini nei pazienti un'interruzione delle normali attività quotidiane, una perdita di autonomia e una trasformazione anche nelle relazioni sociali e affettive, fino al riconoscimento della sofferenza e della morte come parte presente nella propria vita e non più come possibilità lontane:

My contention is that illness, and especially chronic illness, is precisely that kind of experience where the structures of everyday life and the forms of knowledge which underpin them are disrupted. Chronic illness involves a recognition of the worlds of pain and suffering, possibly even of death, which are normally only seen as distant possibilities or the plight of others<sup>25</sup>.

Tale rottura dell'identità, suggerisce l'autore, può essere ricomposta attraverso la narrazione della storia di malattia che guida il paziente nella ricostruzione di un senso della vita quotidiana minacciata dall'irrompere, spesso improvviso, della patologia<sup>26</sup>.

Dello stesso avviso anche il sociologo Arthur Frank, docente dell'University of Calgary, il quale sopravvissuto a un infarto prima e ad un tumore poi, racconta la sua storia di malattia nel testo *At the Will of the Body*<sup>27</sup>. In un saggio successivo, intitolato *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethic*, che raccoglie le storie di malattia di altre persone che, come lui, hanno raccontato la propria esperienza di sofferenza, afferma che l'individuo malato non solo è ferito nel corpo, ma anche nella voce. Il racconto della personale storia di malattia, suggerisce lo studioso, può fornire un utile strumento

<sup>25</sup> M. Bury, *Chronic Illness as Biographical Disruption*, «Sociology of Health and Illness», IV (1982), 2, pp. 167-182: 169.

<sup>26</sup> M. Bury, *The Sociology of Chronic Illness: a Review of Research and Prospects*, «Sociology of Health and Illness», XIII (1991), 4, pp. 451-468.

<sup>27</sup> A. Frank, *At the Will of the Body: Reflections on Illness*, Boston, Houghton Mifflin, 1991.

di ricomposizione dell'identità lacerata dall'evento doloroso, un'occasione per il 'narratore ferito' di recuperare quella voce che la malattia gli ha sottratto. Durante la lezione conclusiva del convegno internazionale *A Narrative Future for Health Care*, che si è svolto al King's College di Londra nel giugno del 2013, è stato lo stesso sociologo Frank a ribadire che i professionisti della sanità hanno il dovere di amplificare le voci dei pazienti, altrimenti difficilmente udibili, per concludere con una riflessione tratta dalla sua personale esperienza di malattia: «Quando stavo male – ha raccontato il sociologo – avevo bisogno di medicine, ma anche di storie di altre persone che non erano facili da trovare in epoca pre-internet»<sup>28</sup>.

Da uno studio effettuato sulle registrazioni di incontri tra medici e pazienti è emerso che in media il medico ascolta la descrizione dei sintomi del paziente per diciotto secondi prima di interromperlo e soltanto il 2% dei pazienti riesce a completare il racconto dopo l'interruzione del medico<sup>29</sup>. L'ascolto del paziente fornisce al medico informazioni cruciali per la sua indagine e ha esso stesso valenza diagnostica, così come l'esame obiettivo può guidare il medico nel suo ragionamento e ridurre la scelta dei test da effettuare, facendo risparmiare tempo e denaro al sistema sanitario. La diagnosi è il tentativo di descrivere l'origine della malattia con lo scopo di localizzarne e oggettivarne la causa, mentre «la narrativizzazione è un processo di localizzazione della sofferenza nella storia, di collocazione degli eventi in un ordine temporale dotato di senso»<sup>30</sup>. Rimane infine da precisare come la 'cognizione del dolore' del paziente, il racconto del suo vissuto di sofferenza, possa divenire uno strumento importante di conoscenza anche per il medico e come possa eventualmente aiutare a colmare il divario, presente nella clinica, tra l'oggettività dell'«avere» un dolore e la soggettività del «sentire» un dolore. La narrazione è anche lo strumento principe dell'arte della diagnosi, come ci ricorda Lisa Sanders, medico internista e docente della Facoltà di Medicina presso l'Università di Yale. Nel suo libro *Ogni paziente racconta la sua storia*, l'autrice lamenta il progressivo abbandono dell'utilizzo della diagnosi nella

<sup>28</sup> Mi sia consentito di segnalare un mio report del convegno *A Narrative Future for Health Care*, pubblicato in «Babelonline/print. Voci e percorsi della differenza», XIV/XV (2013), pp. 421-424; cfr. anche B. Hurwitz – R. Charon, *A Narrative Future for Health Care*, «The Lancet», CCCLXXXI (2013), pp. 1886-1887.

<sup>29</sup> M. K. Marvel *et alii*, *Soliciting the Patient's Agenda: Have we Improved?*, «Journal of the American Medical Association», CCLXXXI (1999), pp. 283-287; cfr. L. Dyche – D. Swiderski, *The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns*, «Journal of General Internal Medicine», XX (2005), pp. 267-270.

<sup>30</sup> Good, *Narrare la malattia*, p. 197.

clinica moderna. Il medico si affida sempre più alla tecnologia e agli esami di laboratorio per ottenere risposte e arrivare a una diagnosi, tralasciando l'esame obiettivo e l'indagine del racconto che il paziente fornisce del suo male.

Secondo la descrizione del processo ideale, fornita da Sanders, per giungere a una buona diagnosi, il paziente racconta al medico la sua storia di malattia così come l'ha vissuta, il medico la rimodella nel linguaggio della medicina attribuendo un nome alla disfunzione biologica e inserendo nella storia le informazioni raccolte dagli esami strumentali. Dopo aver eseguito la diagnosi, il clinico rimodella nuovamente il racconto per restituirlo alla persona malata traducendolo nel suo linguaggio e nel suo contesto esistenziale in modo che il paziente lo possa poi inserire nella storia più ampia della sua vita<sup>31</sup>:

Uno degli elementi più importanti ed efficaci di cui il medico dispone è la capacità di restituire al paziente la sua storia in una forma che gli permetta di capire che cos'è la malattia e ciò che significa. Se ci riesce, offre al paziente un dono che lo aiuta ad integrare questa conoscenza nella storia più ampia della sua vita. Attraverso la comprensione il paziente può riacquistare un certo controllo su ciò che l'affligge. Se non può controllare la malattia, può controllare almeno in qualche misura la sua reazione ad essa. Una storia che aiuti il paziente a dare un senso a una malattia anche devastante è una storia che può sanare<sup>32</sup>.

È questo il pilastro centrale dei più recenti sviluppi dell'approccio narrativo in medicina, i quali suggeriscono che nella pratica clinica è possibile recuperare il senso della sofferenza e del dolore del *Leib*, integrando la dimensione oggettiva, empirica e tecnica della medicina in una prospettiva fenomenologica, con la quale dar voce all'esperienza soggettiva del dolore e della malattia del paziente. L'auspicio è che attraverso l'integrazione fra il paradigma dominante nella pratica medica, l'*Evidence Based Medicine*, ossia la medicina basata sulle prove di efficacia, con gli strumenti della *Narrative Based Medicine*, si possa superare la visione meccanicistica della medicina tecno-scientifica, assegnando un senso al dolore e alla sofferenza, per trasformare il gesto tecnico in una pratica di 'buona' medicina.

<sup>31</sup> L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia: l'arte della diagnosi*, Torino, Einaudi, 2009, pp. 37-38. Su questo tema cfr. A. Zuppiroli, *Le trame della cura*, Firenze, Bulgarini Edizioni, 2014, p. 31; S. Spinsanti, *La medicina vestita di narrazione*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2016, pp. 103-105.

<sup>32</sup> Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia*, p. 39.

CLAUDIA SECCI

## QUANDO IL CRESCERE SI FA DOLORE

I GIOVANI TRA INFANZIA PERDUTA E SOGGETTIVAZIONE

### 1. *'Definire' il dolore.*

Hannah Arendt aveva rappresentato acutamente il carattere universale e quindi accomunante, ma paradossalmente anche separante, del dolore<sup>1</sup>; è infatti intuibile il fatto che il dolore nell'umano sia insieme la più riconoscibile e la meno definibile delle emozioni. Camminando nel solco del pensiero arendtiano e zambraniano, Mortari approfondisce proprio il carattere isolante del dolore, il suo spingere la persona a 'rannicchiarsi su se stessa' in senso fisico e morale, generando una condizione che richiama lo sforzo congiunto di chi presta cura al dolente, sia dal punto di vista familiare e personale, sia dal punto di vista professionale<sup>2</sup>. Nelle parole di Arendt traspare la non definibilità del dolore non solo nel rapporto tra il dolente e gli altri soggetti, ma anche nel rapporto tra il soggetto nel momento del dolore e lo stesso in altri momenti: il dolore, infatti, soprattutto quello fisico, tanto più è intenso e solenne, tanto più si dimentica quando non c'è più.

Le sfumature di significato del linguaggio, tuttavia, aiutano ad avvicinarci a una migliore comprensione dei temi; è rilevante, da questo punto di vista, la messa in risalto della differenza tra 'dolore' e 'sofferenza', là dove il

<sup>1</sup> «Certamente, la sensazione più intensa che conosciamo, intensa al punto di cancellare tutte le altre esperienze, cioè l'esperienza di un intenso dolore fisico, è allo stesso tempo la più privata e la meno comunicabile di tutte. Non solo è forse la sola esperienza che non siamo capaci di trasformare per renderla passibile di apparire in pubblico, ma essa in realtà ci priva delle nostre facoltà di rapporto con la realtà a un tal punto che possiamo dimenticarla più presto e più facilmente di qualsiasi altra. Sembra che non ci sia collegamento tra la soggettività più radicale, in cui non si è più "riconoscibili" e il mondo esterno della vita. Il dolore, in altre parole, esperienza che segna la linea di demarcazione tra la vita come "essere tra gli uomini" (*inter homines esse*) e la morte, è così soggettivo e lontano dal mondo delle cose e degli uomini che non può assolutamente assumere la capacità di "apparire"»: in H. Arendt, *Vita activa. La condizione umana*, Milano, Bompiani, 2011, pp. 37-38. Avevamo già citato il passaggio in C. Secci, *I giovani, il dolore e la crescita. Cultura, formazione, prospettive educative*, Parma, Junior, 2017, p. 15.

<sup>2</sup> L. Mortari, *Aver cura di sé*, Milano, Bruno Modadori, 2009, pp. 97-99.

primo risulta essere l'agente oggettivamente provocante e la seconda, invece, rappresenta il vissuto soggettivo e strettamente individuale dell'esperienza del dolore<sup>3</sup>. In questa prospettiva, riprendendo un altro concetto enunciato, ancora una volta, da Arendt e caro alla filosofia esistenzialista ed ermeneutica, si può dire che il dolore è rottura, in quanto esperienza del limite, della corrottabilità del corpo e della sua finitudine e a ciò allude ancora la filosofa prima menzionata quando parla della condizione del dolente come di una condizione di sospensione tra la vita e la morte. Il tema della complessità del dolore e della sua connotazione oggettiva e soggettiva, apre altre vie di riflessione, sia in riferimento alla necessità di tenere sempre insieme ambedue le connotazioni, sia per denunciare un'affermata tendenza culturale a trascurare, soprattutto nella medicina, la dimensione soggettiva del dolore.

I saperi umanistici e anche la medicina che, da 'scienza' di frontiera, vede crescere al proprio interno approcci sempre più incentrati sull'esperienza soggettiva, tendono, naturalmente, a indagare soprattutto la dimensione personale del dolore, per sviluppare alcuni temi che non possono che collocarsi al confine tra discipline e approcci diversi. In tal senso è, infatti, la figura dell'infermiera/e più che quella del medico a incarnare un atteggiamento professionale che non può prescindere dall'ascolto e dalla presa in carico del dolore dell'altro e che non può che agire la cura a partire da tale ascolto e presa in carico.

Una considerazione attuale sui significati attribuiti al dolore non può, inoltre, prescindere da un orientamento dell'evoluzione tecnologica indirizzato alla sua sconfitta: l'«uomo tecnologico» tende a identificare il progresso con la rimozione del dolore, incosciente del danno educativo che da ciò discende alle nuove generazioni, che risultano sempre più impreparate a un dolore del vivere e del crescere che è naturale. Questa è una tendenza marcatamente occidentale, là dove invece alcune culture orientali attribuiscono un valore fondante e formativo (non espiativo) alla sofferenza, su cui si potrà tornare anche in seguito<sup>4</sup>.

Bodei, dal canto suo, evidenzia in particolare il legame tra dolore e conoscenza: le nostre esperienze originarie, ancestrali, che generano le consapevolezze fondamentali, sono legate al dolore, ma questo rapporto persiste nel tempo e si rinnova, in modi differenti, nelle età della vita. È, pertanto, grave

<sup>3</sup> R. Fadda, *Nell'universo della sofferenza. L'infermiere dall'oggettivismo del curare al soggettivismo umanistico dell'aver cura*, in *Fenomenologia della cura*, a cura di L. Mortari - A. Camerella, Napoli, Liguori, 2014, pp. 92-95.

<sup>4</sup> S. Demozzi, *Il dolore: limite o possibilità?*, «Ricerche di pedagogia e didattica», I (2006), pp. 1-2.

il fatto che non sia pedagogicamente preservato tale carattere del dolore. Poiché, però, il sentimento della sofferenza comporta anche una forma di svuotamento di senso, giacché il dolore interrompe la naturale e continua attribuzione di significato alla realtà da parte dell'uomo, egli non può far altro che tentare di scongiurarne l'indicibilità. Scrive infatti Bodei, in merito al dolore, «la sua elaborazione e manifestazione in forma comunicabile a sé stessi e ad altri possono alla fine risultare l'unica conoscenza e l'unico sollievo efficace»<sup>5</sup>.

Il filosofo evidenzia, dunque, la funzione conoscitiva del dolore, che ha modo di manifestarsi non se ci si «abbandona ad esso», ma se se ne accetta la «guida». La conoscenza del e attraverso il dolore, pertanto, è tanto più profonda quanto più slegata da una dimensione strettamente cognitiva e razionale e rappresenta un sapere che ha i caratteri della concretezza vissuta e «partita»<sup>6</sup>. Come poi già accennato, il dolore unisce una funzione più propriamente conoscitiva a una più formativa, presente anche nell'idea tradizionale del rafforzamento del carattere che proviene dall'incontro con la sofferenza e che è un fatto simbolicamente rappresentato negli antichi riti di passaggio.

Nonostante la sua radicale incomunicabilità, il dolore è, appunto, oggetto di tentativi di razionalizzazione dell'uomo, che si sono stratificati nella storia; si sono susseguite, in tal senso, prospettive filosofiche e culturali che, pur osservando il dolore da un angolo visuale completamente differente, lo hanno quantunque posto al centro dell'attenzione, come alcune forme di pensiero sorte tra la modernità e la contemporaneità. Ma già agli albori del pensiero occidentale, con Agostino, il dolore è «un autentico selettore della qualità e della destinazione eterna degli uomini»<sup>7</sup>.

Nelle prospettive finora accennate, nella ricerca della verità, l'uomo ha teso a definire il dolore ora in termini di assoluta negatività, ora come, al contrario, sentimento nel quale immergersi per giungere alla verità più vera; attualmente, tuttavia, appaiono distanti ambedue gli opposti atteggiamenti e ha perso sempre più credibilità, in una prospettiva sbilanciata sull'oggi e priva di una visione prospettica, l'idea del valore conoscitivo dell'esperienza del dolore<sup>8</sup>.

Spostandosi da un'osservazione di tipo pedagogico e filosofico verso una di tipo psichiatrico, si può rilevare come il contributo di alcuni autori (in particolare Bowlby, Murray Parkes, Kübler-Ross) sia stato quello di esaminare e descrivere i modi umani dell'elaborazione del dolore e della morte altrui, che non

<sup>5</sup> R. Bodei, *Dolor y pasiones como reforma del conocimiento*, «Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Jurídicas e Sociales», VII-XII (1999), p. 9.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p. 10.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 11.

<sup>8</sup> *Ibidem*, pp. 14-15.

sono distanti dai modi dell'elaborazione della vicinanza e dell'avvicinamento alla propria morte: si parla, infatti, di processi legati non solo alle fasi successive alla morte di una persona cara, ma anche della reazione a una prognosi infausta per sé o per i propri cari. Naturalmente, l'individuazione di fasi specifiche che gli individui attraversano, in modi differenti ancorché per certi tratti simili, in prossimità di un evento luttuoso, è una scoperta di grande valore euristico e utilità anche 'operativa', se si considera il ruolo di chi accompagna per ragioni familiari, sentimentali, amicali, oppure professionali, la persona dolente; tuttavia la rilevanza del lavoro degli autori menzionati è paradossalmente ancora più percepibile in un contesto di ricerca teorica interdisciplinare. Innanzitutto, gli studi sul lutto mettono a nudo il tema della paura della morte come *topos* filosofico e psicologico da cui discendono infiniti stili e approcci essenziali dell'umano; in secondo luogo, essi fanno emergere la centralità delle differenze storico/geografiche e generazionali intorno all'«addomesticamento» del dolore. Intorno alla rielaborazione del lutto, infatti, si articolano molte delle particolarità e caratteristiche della cultura come *Weltanschauung*.

Murray Parkes, dopo avere segnalato come la psicanalisi stessa nasca storicamente come *talking cure*, 'cura del parlare', proprio in riferimento a una serie di sintomi di malattia mentale causata dal dolore per un grave lutto<sup>9</sup>, elabora una prospettiva in cui questo, oltre a necessitare, appunto, di fasi circoscrivibili di attraversamento (come negli altri autori), è osservato come frequente, anche se scientificamente non provata, causa di morte, fatto che implicitamente richiama alle labili barriere tra dolore fisico e dolore psichico. Le aggregazioni umane dispongono di una vasta gamma di rituali, figure e scansioni temporali che, a dispetto della loro fondamentale irrazionalità – che si manifesta, ad esempio, nell'idea di omaggiare chi non può più sapere di essere omaggiato – hanno però l'enorme significato di supportare i dolenti, creare il distacco fisico definitivo della sepoltura, ricompattare la comunità nella quale è avvenuto il lutto<sup>10</sup>. Le differenze sussistenti nelle modalità di tali rituali segnalano proprio quei tratti radicalmente differenti della visione antropologica del dolore, che caratterizzano, ad esempio, società nelle quali il lutto è accompagnato soprattutto in modo 'professionale', da figure dotate di competenze specialistiche e società in cui, al contrario, i processi luttuosi sono oggetto di rituali più tradizionali, spesso contrassegnati o da estremo riserbo o da estrema teatralità.

<sup>9</sup> C. Murray Parkes, *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life*, London, Tavistock, 1972, pp. 1-2.

<sup>10</sup> *Ibidem*, pp. 156-159.

Nella prospettiva di Murray Parkes, inoltre, risulta chiaro come il lutto e l'attaccamento – ecco il legame con le teorie di Bowlby – siano due facce della stessa natura radicalmente relazionale dell'uomo, che si manifestano nel fatto che i più grandi dolori umani sono legati ai più vari fenomeni della perdita dei legami.

L'incomunicabilità, l'indicibilità del dolore, che, come già affermato, non comporta il fatto che non sia possibile e utile provare a esprimere tale sentimento, si manifesta anche attraverso il legame tra il dolore, che è un'emozione primaria, e altre emozioni negative secondarie, come la rabbia, il senso di colpa, la paura e la tristezza, che lo declinano in termini sempre diversi. Talvolta, tale intreccio di emozioni negative sembra divenire talmente intricato da sconfinare nella disfunzionalità e da farci domandare quale sia il carico 'giusto' – ammesso che questo esista – di dolore consentito in un atteggiamento educativo che pure si proponga di non schivare il dolore. Si domanda, infatti, Fabbri: «Che dire di questo surplus di dolore che colpisce la specie umana: è una condanna, un destino, uno scacco o una risorsa e un'opportunità?»<sup>11</sup>; in merito l'autore propone un atteggiamento pedagogico riflessivo, che tende sempre all'attribuzione di senso e al non nascondimento.

## 2. *Il dolore del crescere.*

Ci sono almeno due possibili prospettive d'osservazione sul tema del rapporto tra giovani e dolore: una di carattere storico-culturale e l'altra di carattere biologico-psicologico ed evolutivo. Con la prima si metterebbero in evidenza le concezioni relative al dolore che sono emerse tra le giovani generazioni in diverse epoche; rispetto a tale prospettiva va sempre ricordato il fatto che i giovani difficilmente si 'raccontano' e più facilmente sono 'raccontati', giacché prevalgono, nella loro rappresentazione, i punti di vista egemonici delle generazioni dominanti. Con la seconda prospettiva d'osservazione, invece, si porrebbe l'accento prevalentemente su come il processo di crescita e di abbandono delle caratteristiche fisiche e psicologiche legate all'infanzia provochi sofferenza nel soggetto che procede verso l'adolescenza, la giovinezza e l'adulità.

Il crescere, dunque, soprattutto nella fase cruciale del passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza, si fa dolore, perché si configura, innanzitutto, come una 'perdita' dai risvolti fisici, psicologici e morali. Da un punto di vista fisico, l'adolescente soffre l'abbandono di un corpo infantile che aveva appreso

<sup>11</sup> M. Fabbri, *I bambini e il dolore: accettazione e attribuzione di senso*, «Infanzia», IV (2010), p. 246.

a conoscere e che era caratterizzato da una non piena definizione sessuale (ci si riferisce all'assenza dei caratteri sessuali 'secondari' nell'infanzia). Nell'adolescenza, il soggetto deve gradualmente accettarsi in un corpo sessuato che prelude a una identificazione di genere e che però rappresenta ancora un cammino lungo, talvolta anche tortuoso e complesso. Insieme alla crescita fisica e sessuale avviene quella psicologico-morale della persona, che provoca altre paure e dolori, prevalentemente derivanti dal venir meno della vicinanza costante dei genitori e dal progredire delle autonomie personali, che, sebbene siano aspetti ambiti e desiderati dall'adolescente, provocano il dolore del distacco. L'adolescente, in questa fase evolutiva, vive, secondo Vanda Ranuccio, «tre morti»: quella del corpo infantile, quella della visione infantile del mondo, quella del ruolo sociale del bambino, cui corrispondeva una determinata evoluzione cognitiva<sup>12</sup>.

Vi sono ampie tracce degli aspetti luttuosi che accompagnano il passaggio dall'infanzia all'adolescenza sia, ad esempio, negli aspetti simbolici rappresentati nella letteratura classica dedicata all'infanzia e ai ragazzi, sia nelle testimonianze e nelle forme di autonarrazione di adolescenti e giovani. Basti pensare, in riferimento alla letteratura, a figure e personaggi, il cui «viaggio» di crescita è accompagnato da numerosi eventi di morte e rinascita, che si condensano nella rinascita del personaggio stesso in una veste identitaria adulta<sup>13</sup>; e, in riferimento all'autonarrazione, all'espressione di sentimenti di disagio anche episodico, da parte dei giovani, in cui essi stessi riconoscono temi più profondi ed esistenziali<sup>14</sup>.

Il passaggio adolescenziale è necessario anche, e proprio, nella sua sospensione irrealistica. Non va confuso con quello successivo, relativo alla giovane adultità, in cui la costruzione progettuale diviene, con minore o maggiore successo, radicata in un contesto e in un percorso di vita specifico. Scrive Borgna:

Le emozioni che agitano gli adolescenti sono le fascinazioni per un passato, quello dell'infanzia, che non c'è più e che continua ad agitare la forma di vita adolescenziale; la passione per orizzonti ideali che non hanno luoghi in cui radicarsi e che sono uto-

<sup>12</sup> V. Ranuccio, *Come si diventa adulti/adulte? Cicli di vita dall'infanzia all'adolescenza*, in A. G. A. Naccari, *Pedagogia dei cicli di vita in età adulta. Comprendere e orientare le crisi e i cambiamenti nel corso dell'esistenza*, Roma, Anicia, 2010, pp. 132-133.

<sup>13</sup> Si vedano, su questo punto, S. Barsotti, *E cammina, cammina, cammina... Fiaba, viaggio e metafora formativa*, Pisa, ETS, 2004; A. Avanzini, *Adolescenza e impegno culturale*, in Ead., *Adolescenza. Viaggio intorno a un'idea*, Milano, FrancoAngeli, 2012, pp. 7-12.

<sup>14</sup> A. Rumbolo, *Io non ti salverò (puoi farlo da solo!). Idee per una pedagogia delle emozioni centrata sui bisogni degli adolescenti. L'esperienza di una psicologa nelle scuole*, Pisa, Del Cerro, 2004, pp. 46-50.

pie talora necessarie anche se irrealizzabili; la passione per progetti di vita immaginari e inafferrabili<sup>15</sup>.

L'adolescente avverte e soffre intensamente una realtà che non aderisce più agli eventi e alle emozioni del quotidiano, come nell'infanzia, ma che deve, pena la non sopravvivenza, essere proiettata in un futuro, quanto mai incerto, in quanto assolutamente non ancora dominabile e concretamente progettabile; ella o egli si trova nella condizione di 'dover essere qualcosa che non può ancora essere'.

In questo passaggio, con la crescente autonomia psicologica e relazionale, cresce anche la libertà e la facoltà di compiere delle scelte e si tratta di scelte di cui il soggetto avverte l'estrema *gravità*, sia perché non si sente e non è ancora in grado di discernere il profilo delle diverse alternative, sia perché la scelta si configura come gravida di conseguenze identitarie.

L'adolescenza è, dunque, un'epoca che si potrebbe definire di 'dolorosa e necessaria sospensione'; eppure, paradossalmente, in essa, autori 'classici', anche provenienti da prospettive disciplinari e culturali differenti, hanno collocato il germoglio autentico dell'identità adulta. È in questa fase evolutiva, infatti, che per Erikson<sup>16</sup>, ad esempio, 'nasce' l'individuo, ma nasce anche l'uomo/la donna, in quanto afferente alla specie umana; avviene, cioè, quella che si potrebbe identificare come un'individuazione personale, ma anche legata alla propria specie. È proprio l'identificazione esistenziale dell'adolescente, che può sintetizzarsi non solo nella domanda 'Chi sono io?', ma anche nella domanda 'Che cosa significa essere un essere umano?', a rendere tale epoca della vita contrassegnata da un dolore particolarmente indefinibile in quanto dalle origini profonde e radicate nell'"umana natura".

Sostenere l'idea che avvenga una 'nascita' in adolescenza, non significa, naturalmente, dire che sia azzerato o svalorizzato il grande lavoro evolutivo che viene compiuto dal bambino, anch'esso intriso di grandi domande di senso, né tantomeno, che siano enfatizzate le caratteristiche di ciascuna età della vita, la frattura esistente tra di esse, a discapito di una continuità identitaria che deve essere sempre considerata, individuata e preservata.

Se di rottura si tratta, infatti, si intende quel tipo di rottura che richiama l'idea della ricostruzione, della ridefinizione di una struttura portante che è comunque già costituita e di cui, tra l'altro, esistono alcuni tratti perfino prima della nascita dell'individuo. Mancaniello, da questo punto di vista, ri-

<sup>15</sup> E. Borgna, *Adolescenze ferite dalle emozioni*, «Animazione Sociale», CLXXXI (2004), 3, p. 95.

<sup>16</sup> E. Erikson, *Infanzia e società*, Roma, Armando, 2001<sup>19</sup>, pp. 244-246.

chiama l'idea della «catastrofe» di Wilfred Bion, intesa prevalentemente nel senso etimologico di trasformazione, capovolgimento, cioè in un'accezione che non pregiudica una forma di continuità con la struttura precedente al processo di cambiamento che sta avvenendo. Dunque,

il cambiamento catastrofico non avviene tanto quando si aggiungono fatti nuovi a quelli già conosciuti, e neppure si colloca in una prospettiva lineare di ampliamento delle esperienze, o di estensione della loro percezione o della loro integrazione, ma si attua quando, nell'esperienza vissuta, emerge un nuovo modo di vedere i fatti, prima del tutto sconosciuto, e si afferma la consapevolezza o la percezione di «sentirsi diversi» per questa nuova ottica<sup>17</sup>.

Seguendo la scia di un'osservazione del dolore adolescenziale e delle diverse manifestazioni che esso produce orientata a metterne in evidenza il carattere fisiologico ed evolutivamente necessario, si propongono oggi anche letture dell'adolescenza che, lungi dal porne in evidenza la negatività, la indicano, invece, come una «postura esistenziale» i cui tratti dovrebbero caratterizzare un atteggiamento emotivo, cognitivo e morale costante nella vita<sup>18</sup>. Non ci si riferisce solamente alla rilevanza della ricerca di senso che avviene in adolescenza e nella prima giovinezza, e che tende a cedere il passo a una visione più concreta e prosaica dell'esistenza quando la persona è colta nella rete delle stringenti responsabilità adulte, ma anche allo stile di vita non produttivistico adolescenziale, spesso contrassegnato dal temporeggiamento, l'attesa e la noia, stile di vita che oggi, non a caso, viene ferocemente soffocato da un'organizzazione scolastica e sociale che vuole riempire tutto il tempo di adolescenti e giovani.

Quando però le emozioni negative, di cui si è finora parlato, diventano talmente invadenti da pregiudicare la vita familiare, sociale, scolastica di una persona giovane, allora è evidente che né l'osservazione, né tantomeno l'intervento attivo degli adulti possano limitarsi a un atteggiamento formativo rivolto ai valori dell'attribuzione di senso, dell'ascolto delle emozioni e dei bisogni autorealizzativi, anche se questo deve permanere sullo sfondo. Un aspetto cruciale della comprensione del rapporto tra giovani e dolore, soprattutto nelle sue manifestazioni più problematiche, sta però nel comprendere che tale rapporto è sconvolgente in quanto inedito, è un dolore privo di esperienza e di esperienza di superamento. Nelle fasi cruciali dell'infanzia,

<sup>17</sup> M. R. Mancaniello, *Tra adolescenza e giovinezza: catastrofe e ricostruzione di sé*, «Studi sulla formazione», I (2001), p. 21.

<sup>18</sup> A. Arioli, *Questa adolescenza ti sarà utile. La ricerca di senso come risorsa per la vita*, Milano, FrancoAngeli, 2014.

dell'adolescenza e della giovinezza, una persona progredisce nell'apprendimento del dolore e costruisce un proprio personale e irripetibile rapporto con esso; anche per questa ragione, i ragazzi e le ragazze di ogni epoca intrattengono un rapporto intenso, talvolta ossessivo, con l'arte, in particolare nelle manifestazioni della musica moderna e dell'arte visiva: attraverso i loro linguaggi, personaggi e simboli, infatti, le arti popolari aiutano a definire le emozioni vissute e a decifrarle e spesso possono essere luoghi virtuali d'incontro nei quali generazioni diverse si scambiano le loro consapevolezze emotive e costruiscono definizioni comuni<sup>19</sup>.

### 3. *Problematiche attuali del rapporto tra giovani e dolore.*

Secondo alcune prospettive recenti, le nuove generazioni intrattengono un rapporto distorto con le emozioni e fanno molta fatica a rielaborare il vissuto doloroso, in particolare, faticano a ricondurlo a una funzione formativa positiva dai caratteri quali quelli precedentemente definiti. Goleman aveva individuato nell'assenza di una vera educazione alle emozioni la ragione principale per l'incapacità, da parte di molti giovani, di gestire le proprie emozioni, soprattutto quelle legate al dolore. Ciò sarebbe stata la molla scatenante di frequenti atti di violenza giovanile, spesso rivolta verso altri coetanei. A qualcosa di questa natura si è assistito anche in Italia, soprattutto nel decennio tra il 2000 e il 2010: in quegli anni la cronaca italiana ci consegnò alcune vicende, nelle quali le ipotesi processuali puntavano a uno strano fenomeno di efferatezza dei giovani contro i giovani. Goleman – in questo la sua prospettiva risulta ancora molto attuale e acuta – colloca in un preciso contesto storico il fallimento dell'educazione emozionale, cioè nel passaggio da una società fondata su una ricchezza di beni materiali a una società fondata su una ricchezza di beni virtuali (da non confondersi con quelli spirituali) e competenze, che vede gli adulti e le famiglie impreparate dal punto di vista pedagogico. A ciò si aggiunge l'enorme impatto di un tracollo economico, vissuto nelle società occidentali, che ha avuto l'effetto di depauperare le giovani generazioni di quella ricchezza economica e, ancor di più, delle *prospettive* di ricchezza economica che erano state fino a quel momento date per scontate<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> *Cinema, adolescenza e psicoanalisi. Comprendere gli adolescenti per aiutarli a comprenderli*, a cura di P. Carbone – M. Cottone – M. Eusebio, Milano, FrancoAngeli, 2013.

<sup>20</sup> D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è. Perché può renderci felici*, Milano, Rizzoli, 2001<sup>3</sup>, p. 8.

Galimberti, dal canto suo, partendo dalla constatazione di eventi e dinamiche non differenti da quelle ora descritte, definisce i giovani come vittime di una cultura nichilistica (sono infatti il nichilismo e l'indifferenza, gli *ospiti inquietanti* di cui si parla nel suo celebre testo)<sup>21</sup>, nata dalla crisi del mondo occidentale, alimentata dalla disillusione seguente agli anni del grande protagonismo giovanile, ma anche del grande consumismo che incalzò dagli anni Ottanta in poi. Galimberti sostiene vi sia stata la tendenza a educare i giovani in modo «anestetizzante», ad allontanarli dal dolore e dalle grandi emozioni della socialità, della condivisione e della partecipazione politica e sociale, privandoli della capacità di decifrare e gestire le emozioni *tout court*.

Differenti sono, invece, le letture, politicamente e socialmente molto critiche, di autori come Henry Giroux, che mette in evidenza la realtà di una «guerra contro i giovani» (*war against youth*), condotta dalle generazioni di mezzo e anziane. Per l'intellettuale canadese-americano, autore della *critical pedagogy*, il livello irrazionale del capitalismo contemporaneo spinge la generazione che detiene il potere economico e politico a eliminare i giovani se non fisicamente, culturalmente, privandoli di una coscienza sociale, di una naturale spinta al progresso e all'emancipazione e alla creazione di un sistema di vita più umano<sup>22</sup>. Altri pongono l'accento sulle forme simboliche di una «congiura contro i giovani», che vedono gli adulti attivare contro bambini e adolescenti forme più o meno dissimulate di controllo, irreggimentazione, annullamento delle pulsioni<sup>23</sup>. Mentre Giroux rappresenta un'inquietante realtà di criminosa rivolta contro i giovani, dettata, appunto, dall'impazzimento generale di un sistema disumano, in Laffi è più presente l'idea di una società adulta ormai logorata dall'incertezza sul futuro, che si illude di salvare le prospettive della nuova generazione attraverso un atteggiamento iperprotettivo che non di rado fa trapelare una punta di sadismo. Tornando al tema principale, si evidenzia come in queste due concezioni, fortemente pessimistiche, l'atteggiamento educativo verso le giovani generazioni va al di là della naturale tendenza a proteggere i giovani dal dolore, ma arriva a infliggerlo, in una foga anticipatoria che finisce per essere deleteria e per contravvenire alla funzione pedagogica fondamentale del conferire fiducia e stima, del 'lasciar andare sostenendo', quali imperativi principali di una 'pedagogia dell'adolescenza'.

<sup>21</sup> U. Galimberti, *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*, Milano, Feltrinelli, 2007.

<sup>22</sup> Si vedano gli articoli contenuti in <https://www.henryagiroux.com/work> (09/2024).

<sup>23</sup> S. Laffi, *La congiura contro i giovani. Crisi degli adulti e riscatto delle nuove generazioni*, Milano, Feltrinelli, 2014.

Le prospettive delineate precedentemente descrivono i giovani come indifferenti o violenti, come soggetti che spesso, attraverso la violenza, da un lato, esprimono un disagio incompreso, che non trova altre vie per manifestarsi, dall'altro, in quanto incapaci di empatia, provocano un dolore che è per loro esperienza sconosciuta. Tali teorie vanno, però, incontro a una fallacia dettata da un inquadramento prospettico scorretto, discendente da una visione pregiudiziale, a volte nostalgica, spesso incapace di cogliere quanto realmente avvenga nel mondo giovanile. Innanzitutto, allora, va detto che c'è sempre stata la tendenza a rigettare sui giovani accuse che rispondessero a complessi irrisolti delle generazioni precedenti e, contemporaneamente, a non aprirsi a nuove categorie di pensiero e d'indagine che consentissero, invece, di stabilire letture efficaci, che possano facilitare il dialogo intergenerazionale. La violenza, ad esempio, è stata sempre una caratteristica osservata nelle giovani generazioni, tanto da indurre studiosi e intellettuali a dare una spiegazione 'naturalistica' delle espressioni violente dei giovani. In merito alla quantità e alla gravità di alcune manifestazioni odierne di violenza giovanile, Barone, ad esempio, propone una lettura equilibrata, che fa discendere il problema da una mancata educazione al conflitto<sup>24</sup>.

In questo contesto, si interpreta l'educazione al conflitto soprattutto come un'educazione a dare senso, un senso anche collettivo, vitale, ai moti di conflitto che i giovani individualmente sperimentano verso gli adulti e che, se ben incanalati, sono socialmente necessari e non scalfiscono una fondamentale complicità intergenerazionale che vi sta sullo sfondo.

Chiudendo il cerchio delle riflessioni sull'attuale rapporto tra giovani e dolore, si torna a una prospettiva, come quella di Benasayag e Schmit, che, in un testo che si è rivelato influente, hanno individuato in una crisi sociale e culturale le cause dell'emergere di 'passioni tristi' in un numero rilevante di giovani. Ciò che appare particolarmente condivisibile, in questa prospettiva, è l'aver centrato il problema del rapporto con il futuro, un futuro che è divenuto foriero di ansie e paure più che di prospettive di miglioramento e riscatto<sup>25</sup>. Il dato della sensazione giovanile di 'mancanza di futuro' è talmente presente, quantitativamente, negli ultimi decenni, ad esempio nelle rilevazioni statistiche IARD o dell'Istituto Giuseppe Toniolo, da superare di gran lunga i dati che rilevano comportamenti consumistici, la cosiddetta iper-conessione, il familismo e la mancata partecipazione politica (per no-

<sup>24</sup> P. Barone, *L'irrazionalità della violenza in adolescenza: un effetto indesiderato della rimozione del conflitto*, «Paideutika», XIV (2018), 28, pp. 34-35.

<sup>25</sup> M. Benasayag – G. Schmit, *L'epoca delle passioni tristi*, Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 18-22.

minare solo gli aspetti più frequentemente attribuiti alle giovani generazioni). Questo dato concorre a dimostrare che non può essere indagata la condizione giovanile se non attraverso una prospettiva critica dell'intera società, che si soffermi soprattutto sulle responsabilità adulte.

#### 4. *Accompagnare con cura.*

Come forse è potuto emergere da quanto accennato nelle pagine precedenti, il pensiero pedagogico classico, intrecciandosi con la filosofia e, più recentemente, con le scienze dell'educazione, ha faticato a collocare l'emozione del dolore in una dimensione formativa, se non all'interno di una prospettiva punitiva ed espiativa che oggi si auspicherebbe superata. In realtà, l'incerta collocazione del dolore è dipesa da una storia di 'dualismo tra mente e affetti', che ha propugnato l'idea che l'educazione cognitiva fosse tanto più efficace quanto più ferreamente separata dalle emozioni. Solo tra l'Ottocento e il Novecento si sono affermate filosofie e correnti di pensiero che hanno impresso una trasformazione delle prospettive di riflessione tale da influenzare il pensiero pedagogico e produrre quella che si è potuta definire, anche se con una sintesi estrema, 'pedagogia delle emozioni'<sup>26</sup>. Maria-grazia Contini ha efficacemente esplicitato i caratteri di tale prospettiva descrivendo non già un orientamento pedagogico incentrato esclusivamente sull'educare le emozioni, quanto un orientamento pedagogico che partisse dal presupposto che gli esseri umani vivono, pensano, si formano, conoscono e apprendono, sempre, attraverso un inestricabile e complesso intreccio di mente e affetti<sup>27</sup>.

Da questa riflessione non può che discendere l'esigenza – a questo punto quasi scontata – che l'educazione al dolore abbia uno spazio nell'attività pedagogica ed educativa agita e vissuta, nelle diverse dimensioni della vita, verso bambini, adolescenti, giovani. A tal proposito, un'idea di resistenza al dolore, molto cara alla generazione che ha vissuto i grandi conflitti bellici nell'infanzia, e che ha prodotto tanti modelli di 'soppressori emotivi'<sup>28</sup>, che provano dolore, ma oppongono ad esso una maschera impassibile, va certamente rimodulata, rielaborata, ma non del tutto superata.

Dal punto di vista storico, dopo la svolta che ha favorito uno sguardo differente verso affetti, sentimenti ed emozioni, nelle prospettive pedagogiche, si sono sviluppati diversi esempi e paradigmi che, in particolare nel XX se-

<sup>26</sup> F. Cambi, *Mente e affetti nell'educazione contemporanea*, Roma, Armando, 1996, p. 112.

<sup>27</sup> M. Contini, *Per una pedagogia delle emozioni*, Firenze, La Nuova Italia, 2001, pp. 88-97.

<sup>28</sup> Goleman, *L'intelligenza emotiva*, p. 101.

colo, hanno declinato il tema dell'educazione al dolore; ci pare, tuttavia, che siano state soprattutto le prospettive di autori ed autrici che si sono occupate e occupati di categorie particolarmente svantaggiate di giovani, a dare il contributo più intenso al tema che si affronta in questa sede. La loro opera educativa e pedagogica è, infatti, emersa da una relazione con giovani il cui rapporto con un vissuto doloroso appariva conclamato e rispetto ai quali il processo educativo e rieducativo assumeva un carattere di urgenza, di recupero, di ricostruzione.

In questo contesto, in particolare due prospettive, quella di Makarenko e quella di Bertolini, seppur in qualche misura storicamente datate, sembrano offrire delle cornici ideali che si ritrovano anche attualmente in stili e declinazioni educative. Ambedue gli autori hanno, infatti, affrontato il tema di un crescere che 'si fa dolore', non solo per le ragioni psico-biologiche legate all'adolescenza, di cui si è detto precedentemente, ma perché questo dolore è amplificato dalle condizioni drammatiche dell'esistenza dei soggetti interessati. Quali spunti fondamentali e ricchi di validità offrono i due esempi?

Se si considera la pedagogia collettivistica di Makarenko<sup>29</sup> solo per i suoi aspetti più dogmatici e autoritaristici, oggi decisamente fuori luogo, si rischia di non coglierne un tratto salvifico. Esso consiste nell'idea che un individuo può scegliere di 'dissolvere' dolori, traumi e complessi personali ponendosi al servizio di un'idea comunitaria di bene e di sviluppo, di nuove passioni sociali che superino quelle 'tristi'. Si sospetta che questo processo non sia attuabile perché i ragazzi tendono a non riconoscersi più in grandi ideologie sociali, ma forse il problema è che le loro ideologie non hanno caratteristiche uguali a quelle delle generazioni precedenti; i giovani rimangono esseri 'ideologici', nel senso che necessitano, ora come allora, di un impianto ideale che protegga e contenga le loro aspirazioni soggettive.

La prospettiva bertoliniana, invece, più incentrata sull'individuo, ha fatto emergere come la devianza e il crimine, a loro modo espressioni di esperienze dolorose, possano essere superate e rielaborate solo accompagnando i giovani verso una nuova visione di se stessi nel mondo, che risponda alla fondamentale domanda evolutiva del passaggio esistenziale che stanno attraversando. In tale contesto, il 'male di vivere' – questo ci pare essere un punto cruciale e suggestivo – deve essere affrontato offrendo piaceri, non effimeri, non legati alla dipendenza e alla devianza, ma in qualche maniera immediati, come la fruizione del bello della natura, dell'arte e della comunanza con altri<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> A. S. Makarenko, *Poema pedagogico*, Roma, Editori Riuniti, 1966<sup>6</sup>.

<sup>30</sup> P. Bertolini, *Per una pedagogia del ragazzo difficile*, Bologna, Malipiero, 1965.

### 5. Conclusioni.

Desta grande preoccupazione, nel mondo adulto, il rapporto che i giovani e giovanissimi oggi intrattengono con gli strumenti tecnologici e che influenza notevolmente la loro sfera emotiva. Spesso si pensa che essi vivano le loro relazioni preferendo la comunicazione virtuale a quella diretta, quando il problema pare essere, invece, il fatto che essi vivano senza soluzione di continuità la realtà e la virtualità delle relazioni. È molto difficile comprendere se e fino a che punto tale atteggiamento sia patologico e fino a che punto esso non sia altro che lo stile di vita obbligato dei 'nativi digitali'. Occorre, dunque, vigilare affinché la realtà virtuale non prenda il sopravvento fino al punto da creare un distacco emotivo totale dagli altri 'reali' o un non riconoscimento del dolore come emozione negativa con la sua conseguente proiezione in un contesto totalmente irreale, che ne cancella il significato autentico.

L'educazione al dolore, che, in quanto tale, è orientata a prendersi cura della persona nella sua struttura fondamentale, e che, quindi, precede qualsiasi formazione agli strumenti tecnici e tecnologici, rappresenta, come già accennato, una prospettiva necessaria all'interno di un contesto culturale nel quale, spesso, il dolore è nascosto, mistificato o, al contrario, spettacolarizzato. Si tratta, tuttavia, di un orientamento che mira ad accompagnare le infinite manifestazioni di incontro con il dolore da parte dei giovani, ma non ad anticiparle né, tanto meno, a provarle. Ci si chiede, a tal proposito, se non sia frutto anche di una malintesa educazione al dolore, la tendenza talvolta manifestata dalla scuola e dal sistema educativo nella sua interezza, a riempire la vita di giovani e giovanissimi di impegni e attività, richiedendone prestazioni sempre più elevate e competitive e chiamando i genitori e le famiglie a essere complici di questo approccio. Esso, infatti, talvolta assume la veste di una riedita pedagogia punitiva – che esclude le punizioni corporali, ma ne prevede di più sottili e subdole – di cui Alice Miller argomentò la pericolosità e la negatività. Il problema permane e non può essere giustificato dalla difficoltà e dalla carenza di autorevolezza che oggi vivono la scuola e le istituzioni educative e verso le quali spesso i genitori si pongono, a loro volta, in modo inadeguato.

Infine, forse è necessario ribadire che non esiste un'educazione al dolore che non coincida con l'educazione *tout court* e che di questa non sia che una dimensione, quantunque centrale. Il dolore, in quanto esperienza ineliminabile della vita, deve poter essere raccontato, accompagnato; talvolta, quando inutile – perché esiste anche un dolore inutile – può essere anche risparmiato ai giovani. Essi hanno il diritto di avere tutto il supporto possibile da parte degli adulti nell'attribuzione di senso all'esperienza dolorosa e occorre far sì che le loro definizioni e 'culture' del dolore, forse inedite, forse nuove e non previste, possano essere ascoltate e comprese.