

In VACCACCARDI G., MARTINELLI A.  
(a cura di), *Sociologia della  
medicina*, Milano,  
1977

**COMPONENTI CULTURALI  
NELLA RISPOSTA AL DOLORE**  
Mark Zborowski

*Cultural Components in Responses to Pain*, in "Journal of Social Issues,"  
8, 1952, pp. 16-30.

Questo testo riguarda un solo aspetto di uno studio più ampio: quello che si occupa di individuare il ruolo che svolgono i modelli culturali nel determinare l'atteggiamento e le reazioni nei confronti del dolore provocato da malattie o lesioni; in altri termini, la risposta al dolore spontaneo.

*Alcune distinzioni fondamentali*

Nelle società umane, i processi biologici essenziali alla sopravvivenza dell'uomo acquistano un significato sociale e culturale. L'assunzione o l'eliminazione di cibo e il rapporto sessuale — fenomeni fisiologici comuni a tutto il mondo vivente — diventano istituzioni regolate da norme culturali e sociali, e svolgono quindi una funzione non solo biologica, ma anche sociale e culturale. Le variazioni metaboliche ed endocrine dell'organismo umano possono provocare fame e desiderio sessuale, ma la cultura e la società impongono all'uomo il tipo di alimentazione, l'ambito sociale in cui mangiare e il *partner* adatto con cui accoppiarsi.

Nelle attività fisiologiche dell'uomo, i modelli culturali e sociali hanno una parte tanto importante che, in determinate situazioni, possono addirittura svolgere un'azione contraria a

<sup>1</sup> Il testo si fonda su materiali raccolti ai fini dello studio *Cultural Components in Attitudes toward Pain*, grazie a una sovvenzione del Public Health Service degli Stati Uniti.

quelli che sono i bisogni biologici immediati dell'individuo e possono persino mettere in pericolo la sua sopravvivenza. Solo un essere umano si riduce a soffrire la fame per non trasgredire una norma religiosa sul cibo o si astiene dal rapporto sessuale per conformarsi a specifiche norme sull'incesto. Il digiuno volontario e il celibato esistono solo quando cibo e sesso non sono più soltanto funzioni strettamente fisiologiche.

Comprendere il significato e il ruolo dei modelli sociali e culturali nella fisiologia umana è dunque necessario per chiarire quegli aspetti dell'esperienza umana che rimangono oscuri se analizzati solo in rapporto all'ambito fisiologico.

Il dolore è fondamentalmente un fenomeno fisiologico e, in quanto tale, è stato analizzato da fisiologi e neurologi quali Harold Wolff, James Hardy, Helen Goodell, C. S. Lewis, W. K. Livingston e altri, i quali, grazie ai più geniali metodi di ricerca, sono riusciti a chiarire problemi complessi della fisiologia del dolore.<sup>2</sup> In condizioni sperimentali che hanno richiesto una preparazione molto accurata e complicate attrezzature, hanno studiato vari aspetti della percezione del dolore e delle reazioni a esso. Questi ricercatori sono giunti alla conclusione che, "dal punto di vista fisiologico, il dolore costituisce una sensazione fondamentale per l'autoconservazione dell'individuo." La funzione biologica del dolore consiste nel provocare particolari modelli di reazione tendenti a evitare lo stimolo nocivo che rappresenta una minaccia per l'individuo. In questo senso, la funzione del dolore è sostanzialmente la stessa sia per l'uomo sia per il resto del mondo animale.

Tuttavia, la fisiologia del dolore e la comprensione della sua funzione biologica non chiariscono altri aspetti di ciò che Wolff, Hardy e Goodell chiamano *l'esperienza del dolore*, che comprende non solo la sensazione dolorosa e determinate risposte meccaniche a essa, ma anche alcuni "stati emotivi associati."<sup>3</sup> Non spiega, ad esempio, l'accettazione dell'intenso dolore della tortura che fa parte dei riti iniziatici di molte società primitive, e neppure spiega le violente reazioni emotive di alcuni individui di fronte alla leggera puntura dell'ago ipodermico.

Nella società umana, il dolore, così come molti altri fenomeni fisiologici, acquista uno specifico significato sociale e culturale e, di conseguenza, solo alla luce di questo significato è possibile capire determinate reazioni a esso. "La società in

<sup>2</sup> HARDY, WOLFF, GOODELL [1952], p. 23.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 204.

cui un uomo si trova a vivere diventa l'elemento che condiziona la formazione dei modelli di reazione individuale al dolore [...]. Conoscere i comportamenti di un gruppo di fronte al dolore è di estrema importanza per comprendere la reazione dell'individuo.<sup>4</sup>

Nell'analizzare il dolore, è utile distinguere tra dolore che l'individuo provoca a se stesso, dolore provocato da altri e dolore spontaneo. Il dolore che l'individuo provoca a se stesso si definisce come deliberatamente autoinferto. Lo si prova in conseguenza di lesioni inflitte volontariamente a se stessi, ad esempio l'auto-mutilazione. Queste lesioni hanno generalmente uno scopo preciso da un punto di vista culturale, quello ad esempio di conseguire un particolare *status* nella società. Lo si può notare non solo in culture primitive, ma anche in società contemporanee con un più elevato livello di civiltà. In Germania, ad esempio, i membri di alcune organizzazioni studentesche o militari si sfregiavano il viso col rasoio, perché tali cicatrici servivano a identificarli come appartenenti a un determinato gruppo sociale. Per dolore provocato da altri, si intende il dolore cui l'individuo va incontro nel corso di attività accettate e previste sul piano culturale (a prescindere dal fatto che siano approvate o meno), come gli sport, i combattimenti, la guerra, ecc. Di questa categoria fa parte anche il dolore provocato dal medico nel corso di una terapia. Per dolore spontaneo si intende generalmente, la sensazione dolorosa derivante da malattie o lesioni. Questa categoria comprende anche dolori di natura psichica.

Individui appartenenti a culture diverse possono assumere atteggiamenti differenti di fronte a questi tre tipi di dolore. Due di questi atteggiamenti presuppongono la previsione e l'accettazione del dolore. La previsione del dolore nasce da una sofferenza considerata inevitabile in determinate situazioni, ad esempio nel parto, negli sport o in guerra. L'accettazione presuppone anche la disponibilità a sperimentare il dolore. Tale atteggiamento si manifesta prevalentemente come componente inevitabile di esperienze accettate sul piano culturale, ad esempio, nei riti iniziatici o in determinate terapie mediche. Un esempio ci aiuterà a chiarire la differenza tra la "previsione" e l'accettazione del dolore. Le doglie sono previste come strettamente connesse al parto, ma mentre negli Stati Uniti, ad esempio, non sono accettate, e si usano quindi vari mezzi per

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 262.

allevarne il dolore, in altre culture, ad esempio in Polonia, sono previste e anche accettate e di conseguenza si fa poco o niente per mitigarne la sofferenza. Allo stesso modo, le culture che esaltano i successi militari prevedono e accettano i ferimenti in battaglia, mentre le culture che esaltano ideali pacifisti possono prevederli ma non accettarli.

Volendo analizzare i diversi comportamenti culturali di fronte al dolore, è importante anche fare una distinzione tra la paura del dolore e la preoccupazione del dolore. La paura riflette la tendenza a evitare la sensazione dolorosa in quanto tale, sia essa spontanea o provocata, accettata o non accettata. La preoccupazione del dolore, invece, è uno stato di ansia provocato dal fatto di provare dolore, che concerne le cause del dolore, il suo significato o ciò che esso rappresenta per la salute dell'individuo.

A seconda del tipo di cultura, anche il comportamento esteriore dell'individuo di fronte alla sofferenza può essere diverso, e tale comportamento è spesso dettato dalla cultura che fornisce norme specifiche a seconda dell'età, del sesso e della posizione sociale dell'individuo.

Bisognerebbe tener conto del fatto che la risposta a un dolore spontaneo implica altri elementi oltre ai fattori culturali. Tali elementi riguardano l'aspetto patologico del dolore, le caratteristiche fisiologiche specifiche di una determinata esperienza dolorosa, quali l'intensità, la durata e la qualità della sensazione dolorosa, e infine la personalità dell'individuo. Si è ritenuto tuttavia che, conducendo un'accurata ricerca, sarebbe stato possibile individuare il ruolo specifico delle componenti culturali per quanto riguarda il dolore.

### *L'impostazione della ricerca*

Nell'impostare la ricerca, il nostro interesse non si limitava agli aspetti puramente teorici dei dati come eventuale contributo alla comprensione del dolore in generale, ma ci siamo posti anche l'obiettivo pratico di portare un contributo nell'ambito della medicina. Nel rapporto medico-paziente, l'atteggiamento dell'uno e dell'altro verso il dolore può avere grande importanza, soprattutto quando il medico ritiene che il paziente esageri il dolore, mentre il paziente pensa che il dolore minimizzi la sua sofferenza. Lo stesso vale, ad esempio, in ospedale, dove medici e infermieri possono avere un atteggiamento

diverso da quello del paziente, o quando si aspettano un determinato modello di comportamento che corrisponde al loro *background* culturale, mentre il paziente manifesta un modello di comportamento che, peraltro, nella sua cultura, è accettabile. Tali differenze possono incidere in modo determinante sulla valutazione del dolore che un individuo prova, sul modo in cui viene curato sia a casa sia in ospedale, sulla decisione di somministrargli degli analgesici, ecc. Con questa ricerca, speriamo anche di poter contribuire ad approfondire la comprensione di atteggiamenti che sono collegati al dolore, e riguardano la salute, le malattie, le cure, il ricovero in ospedale, la medicina in genere, ecc.

Avendo in mente questi obiettivi, decidemmo di scegliere come sede per la ricerca il Kingsbridge Veterans Hospital, Bronx, New York,<sup>5</sup> dove impostammo lo studio su quattro gruppi etnico-culturali. I quattro gruppi erano costituiti da pazienti di origine ebraica, italiana, irlandese e *Old American*. Il gruppo ebreo, quello italiano e quello irlandese furono scelti perché, a detta del personale medico, manifestavano forti differenze per quanto riguardava le reazioni al dolore. Gli italiani e gli ebrei, si diceva, tendevano a "esagerare" il dolore, mentre gli irlandesi venivano spesso descritti come individui stoici, capaci di sopportare dolori molto intensi. Il quarto gruppo, gli *Old Americans*, fu scelto in quanto i suoi valori e atteggiamenti sono quelli dominanti e sono condivisi da gran parte del personale medico e da molti discendenti degli immigranti che, nel processo di americanizzazione, tendono ad adottare modelli americani di comportamento. Gli appartenenti a questo gruppo sono bianchi, nati in America, generalmente protestanti, americani da almeno due generazioni; non si identificano con nessun gruppo straniero, per quanto riguarda la nazionalità, né per il livello sociale e culturale.

Abbiamo scelto il Kingsbridge Veterans Hospital perché i suoi ricoverati rispecchiano grosso modo la composizione etnica della città di New York, e forniscono quindi un buon campionario dei quattro gruppi scelti; inoltre, perché in esso erano rappresentati vari gruppi di età tra i veterani ricoverati della

<sup>5</sup> Gradirei esprimere il mio riconoscimento al dr. Harold G. Wolf, professore di neurologia, Cornell University Medical College; al dr. Hinland Flossers, direttore della Divisione neuropsichiatrica; al dr. Robert Moroc, direttore dell'Istituto di psicologia clinica; al dr. Louis Berlin, direttore dell'Istituto di neurologia e a tutta la direzione dell'ospedale per la collaborazione offerta mi per la ricerca al Kingsbridge Veterans Hospital.

prima guerra mondiale, della seconda guerra mondiale e della guerra di Corea. Nell'ospedale non c'era invece la possibilità di esaminare un altro importante aspetto, quello riguardante i comportamenti dei due sessi di fronte al dolore. Questo aspetto della ricerca sarà condotto in un ospedale con numerosa presenza femminile.

La ricerca si proponeva principalmente di scoprire determinate reazioni al dolore e comportamenti ricorrenti caratteristici dei quattro gruppi. Lo studio ha quindi un carattere qualitativo, e lo sforzo dei ricercatori non era diretto alla raccolta di materiale utile all'analisi quantitativa. Le principali tecniche impiegate per la raccolta dei dati consistevano in interviste con pazienti dei gruppi prescelti, nell'osservazione del loro comportamento mentre soffrivano e nella discussione di ciascun caso con dottori, infermieri e qualsiasi altra persona implicata direttamente o indirettamente nell'esperienza dolorosa del soggetto. Non ci siamo limitati solo a colloqui con i pazienti, ma abbiamo intervistato anche degli individui "sani" dei vari gruppi sul loro atteggiamento di fronte al dolore, perché, in base all'ipotesi iniziale, gli atteggiamenti e le reazioni manifestate dai pazienti di quei gruppi culturali sono caratteristici di ciascun membro del gruppo, a prescindere dal fatto che al momento soffra o meno, anche se nel momento della sofferenza tali atteggiamenti possono risaltare con maggior evidenza. In alcuni casi, i ricercatori hanno intervistato un membro della famiglia del paziente, allo scopo di verificare ciò che il paziente aveva detto a proposito del dolore provato e allo scopo di scoprire quali erano l'atteggiamento e la reazione della famiglia nei confronti dell'esperienza del paziente.

Questi colloqui, basati su una serie di domande aperte, vertevano principalmente sulle esperienze di dolore passate e presenti dell'intervistato. Tuttavia, per comprendere queste esperienze, venivano presi in considerazione molti altri aspetti. Per esempio, risultò che lamentarsi per il dolore può avere una parte importante nella manipolazione dei rapporti in famiglia e nell'ambiente sociale circostante. Risultò anche che, per comprendere i modelli specifici di reazione per quanto riguarda il controllo del dolore, è importante conoscere determinati aspetti della cultura relativi all'educazione dei bambini, ai rapporti tra genitori e figli, all'importanza data alle punizioni fisiche e conoscere gli atteggiamenti dei diversi membri della famiglia nei confronti di esperienze specifiche di dolore previste e accettate, e così via. Le interviste vennero registrate su nastro e

trascritte parola per parola al fine di poterne fare un'accurata analisi. La durata del colloquio era di due ore circa, e dipendeva dalle condizioni dell'intervistato e dalla quantità e qualità delle sue risposte. Se lo si riteneva necessario, l'intervista poteva essere ripetuta. Nella maggioranza dei casi, allo studio dell'intervistato, seguivano conversazioni informali e un'osservazione del suo comportamento all'interno dell'ospedale.

I dati raccolti venivano discussi con il personale medico, soprattutto per quanto riguardava gli aspetti squisitamente medici del problema, allo scopo di ottenere dai medici una valutazione sull'esperienza del paziente. Se possibile, le informazioni relative alla personalità del paziente venivano controllate in base ai risultati di *test* psicologici effettuati dagli psicologi dell'ospedale.

Il materiale che presentiamo si basa su 103 interviste, di cui 87 a pazienti ricoverati e 16 a soggetti sani. Per quanto riguarda il *background* etnico-culturale, gli intervistati sono così distribuiti: 26 *Old Americans*; 24 italiani; 31 ebrei; 11 irlandesi; e 11 altri.<sup>6</sup> Vi sono, inoltre, le interviste e le conversazioni collaterali cui accennavamo prima con membri della famiglia, medici, infermiere e altro personale dell'ospedale.

Per quanto riguarda le cause patologiche del dolore, la maggioranza degli intervistati appartiene al gruppo di pazienti affetti da malattie neurologiche, principalmente ernia del disco e lesioni alla colonna vertebrale. Considerare un gruppo di pazienti che presentava un quadro patologico simile dava la possibilità di esaminare le reazioni e gli atteggiamenti di fronte al dolore spontaneo che è sintomatico di un determinato gruppo di malattie. Vennero tuttavia intervistati anche pazienti affetti da altre malattie.

Questo testo si basa sul materiale raccolto durante la prima fase dello studio. Le generalizzazioni sono in gran parte ipotesi sperimentali di tipo descrittivo. Finora non è stato fatto alcun tentativo per dimostrare che i risultati ottenuti corrispondono al sistema di valori e al modello culturale del gruppo, benché qua e là vi siano accenni al fatto che tali risultati rientrano nel modello culturale. La discussione si limiterà ai principali aspetti ricorrenti all'interno di tre gruppi, e cioè gli italiani, gli ebrei e gli *Old Americans*. I fattori relativi alle

<sup>6</sup> Gli italiani in questo caso sono prevalentemente di origine meridionale: gli ebrei, con una sola eccezione, sono tutti originari dell'Europa orientale. Gli ebrei vengono considerati nei termini della cultura che rappresentano e non in termini religiosi.

variazioni in seno a ciascun gruppo verranno discussi dopo aver presentato i principali modelli predominanti.

#### *Il dolore in pazienti di origine ebraica e italiana*

Come abbiamo già accennato, la scelta degli ebrei e degli italiani fu determinata dal fatto che, secondo il parere dei medici, essi manifestavano di fronte al dolore reazioni simili. L'esame di tale somiglianza diede la possibilità di verificare una concezione alquanto popolare, quella secondo cui reazioni simili rifletterebero atteggiamenti simili. Le differenze esistenti tra la cultura italiana e quella ebraica sono abbastanza notevoli da far pensare che, essendo gli atteggiamenti connessi al modello culturale, essi siano differenti nonostante l'apparente somiglianza del comportamento esterno.

Gli appartenenti ai due gruppi furono descritti come molto emotivi nella risposta al dolore. Si diceva che tendevano a esagerare il dolore che provavano e sembravano molto sensibili al dolore. Secondo l'opinione di alcuni medici, gli ebrei e gli italiani hanno una soglia dolorifica più bassa di quella di altri gruppi etnici, in particolare di quelli appartenenti al cosiddetto gruppo nordico. Questa affermazione sembra indicare l'esistenza di una certa confusione a proposito del concetto di soglia dolorifica. Secondo coloro che hanno studiato il problema della soglia dolorifica, ad esempio Harold Wolff e la sua *équipe*, la soglia dolorifica è più o meno la stessa per tutti gli esseri umani, a prescindere dalla nazionalità, dal sesso o dall'età.

Nel corso della ricerca, le impressioni generali dei medici trovarono in gran parte conferma, sulla base sia del materiale delle interviste sia dell'osservazione del comportamento dei pazienti. Tuttavia, anche a un primo esame superficiale delle interviste, è apparso evidente che, per quanto simili sembrino le reazioni esteriori, gli atteggiamenti sottostanti nei confronti del dolore sono diversi nei due gruppi. Mentre i pazienti italiani sembravano interessarsi soprattutto all'aspetto contingente dell'esperienza dolorosa ed erano turbati dalla reale sofferenza che provavano in una determinata situazione, l'attenzione dei pazienti di origine ebraica s'incentrava soprattutto sul significato sintomatico del dolore e su ciò che esso rappresentava per la loro salute, per il loro benessere e quindi per il benessere delle rispettive famiglie. Il paziente italiano, con il suo

comportamento e i suoi lamenti, esprimeva il disagio causato dal dolore in quanto tale, e manifestava preoccupazione per gli effetti che tale esperienza dolorosa poteva avere sulla sua situazione contingente, in termini di occupazione, condizione economica e così via; il paziente ebreo esprimeva innanzitutto preoccupazione e ansia perché quel dolore rappresentava una minaccia per la sua salute. A questo proposito, ricorderemo che una delle parole usate dagli ebrei per descrivere un forte dolore è *yessurim*, termine che è usato anche per definire preoccupazione e ansia.

L'atteggiamento degli italiani e degli ebrei nei confronti degli analgesici può essere utile per chiarire il loro atteggiamento di fronte al dolore. Quando soffre, l'italiano chiede che il dolore gli venga alleviato, e si interessa principalmente agli effetti analgesici dei farmaci che gli vengono somministrati. Passato il dolore, dimentica facilmente le sofferenze e appare contento e di buon umore. Il paziente ebreo, invece, è spesso restio ad accettare il farmaco e giustifica la sua riluttanza dicendo di essere preoccupato degli effetti che il farmaco può avere sulla salute in generale. Si preoccupa degli aspetti di assuefazione all'analgesico. Inoltre, dice che il farmaco gli allevia solo temporaneamente il dolore ma non cura la malattia che è causa di quel dolore. Infermiere e medici riferiscono di casi in cui il paziente nasconde la pillola che gli viene data contro il dolore e preferisce soffrire. Episodi del genere hanno trovato conferma nei colloqui che abbiamo avuto coi pazienti. Si è osservato che molti pazienti ebrei, passato il dolore, mantengono un'aria depressa e preoccupata, perché, anche se al momento non soffrono, sanno che il dolore può di nuovo insorgere finché persiste la malattia. Da tali osservazioni risulta evidente che, avendo a che fare con un paziente ebreo e con un paziente italiano, nel primo caso è importante tranquillizzare il malato riguardo alla causa del dolore, mentre nel secondo caso è più importante agire per eliminare il dolore contingente.

Un altro elemento per capire qual è il significato del dolore per i pazienti ebrei e per quelli italiani, è costituito dall'atteggiamento che assumono nei confronti del medico. L'italiano manifesta maggiore fiducia, fiducia che si accresce quando il dottore riesce ad alleviarli il dolore, mentre l'ebreo mantiene un atteggiamento scettico, perché anche se il medico gli ha eliminato il dolore somministrandogli un farmaco, non significa, a suo avviso, che sia davvero in grado di curargli la malattia. Di conseguenza, anche quando il dolore è scomparso, tende a

controllare la diagnosi e il trattamento decisi da un medico consultando altri specialisti. In breve, potremmo dire che la differenza tra l'atteggiamento dei pazienti ebrei e quello degli italiani consiste nel fatto che l'italiano manifesta apprensione per la sensazione contingente del dolore, mentre l'ebreo presenta generalmente uno stato ansioso proiettato sul futuro e che riguarda il significato sintomatico e generale del dolore.

Si è affermato che italiani ed ebrei tendono a manifestare un comportamento simile per quanto riguarda le reazioni al dolore. Poiché ambedue le culture ammettono la libera espressione di sentimenti ed emozioni con parole, suoni e gesti, sia gli italiani sia gli ebrei si sentono liberi di parlare del loro male, di lamentarsi e di manifestare la sofferenza con gemiti, lamenti, pianti, ecc. Non si vergognano di queste manifestazioni. Ammettono spontaneamente che, quando soffrono, si lamentano molto, chiedono aiuto e si aspettano comprensione e assistenza da parte di coloro che li circondano, in particolare dai familiari. Se soffrono, hanno paura di rimanere soli e preferiscono la presenza e l'attenzione di altre persone. Tale comportamento, che è previsto, accettato e approvato dalla cultura italiana e da quella ebraica, è spesso in contraddizione con i modelli di comportamento accettati dal personale medico americano o americanizzato, che spesso, quindi, considera il comportamento del paziente italiano e dell'ebreo esagerato ed eccessivamente emotivo. Dal materiale raccolto risulta che questi medici tendono a sottovalutare le sofferenze quando si tratta di italiani e di ebrei, sia che dispongano o meno di dati oggettivi per valutare l'effettiva intensità del dolore che il paziente prova. La disinibita reazione al dolore manifestata dai pazienti italiani ed ebrei sembra dunque provocare diffidenza nella cultura americana, diffidenza e non simpatia.

Nonostante la stretta somiglianza nelle reazioni esteriori degli ebrei e degli italiani, sembrano però esistere differenze nel grado di intensità con cui si manifestano, determinate soprattutto da ciò che il paziente ottiene con tali reazioni; differenze sembrano esistere anche nel manifestarsi specifico di tali reazioni nei vari ambienti sociali. Per esempio, il comportamento è diverso a casa e in ospedale. Il marito italiano, consapevole del suo ruolo di maschio adulto, tende a non lamentarsi apertamente in famiglia, considerandolo un tipo di comportamento da donne. In ospedale, dove è meno preoccupato del suo ruolo di maschio, si lascia andare. Il paziente ebreo, invece, appare più calmo in ospedale che a casa. Per tradizione, il ma-

schio ebreo non considera attribuiti della mascolinità tratti quali lo stoicismo, per lui i gemiti non sono sinonimo di debolezza. Inoltre, la cultura ebraica ammette che il paziente chieda e si lamenti. Egli, quindi, tende a servirsi del dolore per controllare i rapporti interpersonali in seno alla famiglia. Benché la strumentalizzazione del dolore allo scopo di manipolare le relazioni interfamiliari sia presente anche in alcune altre culture, nella cultura ebraica non la si disapprova, mentre in altre sì. E anche possibile riscontrare differenze nei modelli di reazione in ospedale tra ebrei e italiani. Al momento dell'accettazione e in presenza del medico, il paziente ebreo si lamenta, chiede aiuto, arriva persino a piangere; tuttavia, non appena sente che ci si prende cura di lui, si controlla maggiormente. Potremmo allora dire che in questo caso la manifestazione della reazione al dolore, più che indice dell'intensità del dolore, è un mezzo per creare un ambiente e un'atmosfera in cui vengano curate nel miglior modo possibile le cause patologiche del dolore. Il paziente italiano, invece, non sembra preoccuparsi molto di creare le condizioni favorevoli al trattamento; dà per scontato il fatto che sarà curato adeguatamente, e in presenza del medico sembra in un certo senso più calmo del paziente ebreo. La sola presenza del medico lo rassicura, mentre lo scetticismo del paziente ebreo rende meno efficace il ruolo rassicurante del dottore.

Per riassumere i modelli di reazione dei pazienti ebrei e italiani, potremmo dire, in base al materiale raccolto, che, a livello semioscienze, il paziente ebreo sembra voler provocare in chi lo circonda preoccupazione e interessamento per il suo stato di salute e per il carattere sintomatico del suo dolore, mentre l'italiano vuole suscitare comprensione per la propria sofferenza. Nel primo caso, la reazione al dolore avrà lo scopo di mobilitare la famiglia e i medici per ottenere una completa guarigione, mentre nel secondo caso la funzione della reazione consisterà nel mobilitare gli altri per mitigare la sofferenza.

Sulla base dell'analisi del materiale riguardante gli ebrei e gli italiani, si possono fare due generalizzazioni: 1) *Reazioni simili al dolore manifestate da persone appartenenti a gruppi etnico-culturali differenti non rispecchiano necessariamente atteggiamenti simili verso il dolore.* 2) *Modelli di reazione che presentano manifestazioni simili possono avere funzioni differenti e servire a scopi differenti a seconda delle diverse culture.*

### Il dolore nei pazienti di origine Old American

Nei pazienti *Old Americans* si riscontrano scarse reazioni emotive di fronte al dolore. Per quanto li riguarda, potremmo dire che generalmente non si lamentano del dolore, ma ne fanno un preciso resoconto. Nel descrivere il dolore che prova, il paziente *Old American* cerca il modo più appropriato per definire la qualità della sofferenza, la localizzazione, la durata, ecc. Durante la visita del dottore, tende ad assumere il ruolo distaccato di un osservatore esterno che fornisce la più esatta descrizione del suo stato per ottenere una diagnosi e un trattamento adeguati. Gli intervistati affermano ripetutamente non è il caso di lamentarsi, di brontolare e di gemere, perché "non serve a nessuno." Ammettono tuttavia che quando il dolore è insopportabile possono reagire violentemente, fino al punto di piangere, ma cercano di farlo quando sono soli. Isolarsi dagli altri sembra essere una reazione frequente a un dolore intenso.

I modelli di reazione al dolore appaiono differenti a seconda della situazione. Un modello di comportamento, assunto prevalentemente in presenza di membri della famiglia, amici, ecc., consiste nel cercare di minimizzare il dolore, nell'evitare di lamentarsi e di suscitare pietà; se la sofferenza diventa violenta, vi è la tendenza a isolarsi per dare sfogo a reazioni quali gemiti, lamenti, ecc. Si riscontra un modello di comportamento diverso in presenza di persone che, data la loro professione, conoscono il carattere di quel dolore, e questo perché ci si aspetta che facciano la diagnosi appropriata, che prescrivano la cura giusta e forniscono quindi l'aiuto adeguato. La tendenza a volersi conformare a determinati modelli di comportamento previsti ha grande peso per quanto riguarda la reazione al dolore. Questo a volte viene controllato anche per il desiderio di suscitare l'approvazione dell'ambiente circostante, soprattutto in ospedale, dove il paziente *Old American* vuole evitare di essere lo "scocciatore" del reparto. Più di ogni altro paziente, sembra essere consapevole di un modello di comportamento ideale definito "americano," e tende a conformarsi a esso. Così, in particolare, un paziente, alla domanda su come reagisce al dolore, ha risposto: "Reagisco da buon americano."

Un importante elemento che agisce nel controllo della reazione al dolore è il desiderio del paziente di cooperare con coloro che devono occuparsi di lui. È come se esistesse una *équipe* composta dal paziente, dal medico, dall'infermiera,

dall'inserviente, ecc., in cui ciascuno ha un compito e deve fare la sua parte per ottenere il risultato migliore. L'emotività è considerata un fattore inutile e negativo in una situazione in cui si richiedono conoscenza, abilità, pratica ed efficienza. È importante notare che anche i medici e gli infermieri americani o americanizzati si aspettano un comportamento del genere, e quindi considerano i pazienti che non assumono questo modello come anormali, ipochondriaci e nevrotici.

Come nel caso dei pazienti ebrei, l'atteggiamento degli americani nei confronti del dolore può essere definito come stato ansioso proiettato sul futuro. Anche il paziente *Old American* è interessato al significato sintomatico del dolore e ha una elevata consapevolezza del proprio stato di salute. Il paziente *Old American* sembra cosciente del fatto che l'ambiente che lo circonda nasconde varie minacce per la sua salute, quindi si sente vulnerabile, e interpreta il dolore come un segnale d'allarme di qualcosa che non va nella sua salute e che quindi va immediatamente riferito al medico. Salvo alcune eccezioni, il dolore è considerato un male non necessario e quindi da eliminare al più presto. Nelle situazioni in cui il dolore è previsto e accettato, come nel corso di trattamenti medici o negli sport, ci si preoccupa meno della sensazione dolorosa. In generale, tuttavia, si ritiene che il dolore sia inutile quando ci sono i mezzi per evitarlo.

Anche se gli atteggiamenti dei pazienti ebrei e *Old Americans* si possono definire ambedue come preoccupazione per il dolore, presentano tuttavia notevoli differenze. La preoccupazione per il futuro degli ebrei intervistati è caratterizzata da pessimismo o, nel migliore dei casi, da scetticismo, mentre il paziente *Old American* è piuttosto ottimista sulle prospettive future. Questo atteggiamento è favorito da un approccio meccanicistico al corpo e alle sue funzioni e dalla fiducia nell'abilità degli esperti, caratteri assai ricorrenti nella cultura americana. Il corpo è spesso considerato come una macchina di cui bisogna avere cura, che va controllata periodicamente ed eventualmente, quando non funziona, portata da un esperto che ne individuerà il difetto. Nel caso del dolore, l'esperto è un medico che possiede il *know-how* grazie all'addestramento ricevuto e all'esperienza fatta; gli è quindi concessa piena fiducia. Un elemento importante di questa visione ottimistica è la fede nel progresso scientifico. Pazienti affetti da mali incurabili hanno spesso affermato che, anche se attualmente i medici non di-

spengono del "farmaco," lo scopriranno tra breve, e portano l'esempio dei sulfamidici, della penicillina, ecc.

La preoccupazione del paziente *Old American* riguardo al dolore che prova, diminuisce notevolmente quando vede che si compiono una serie di attività terapeutiche specifiche. La sua sicurezza e la sua fiducia sembrano direttamente proporzionali al numero di analisi, radiografie, visite, iniezioni, ecc. cui viene sottoposto. Di conseguenza, il paziente *Old American* accetta generalmente di buon grado il ricovero in ospedale, in quanto l'ospedale è la sede adeguata alle esigenze di ogni terapia. Mentre al paziente ebreo o a quello italiano non piace il carattere impersonale dell'ospedale e accettano malvolentieri la necessità del ricovero, il paziente *Old American* preferisce sottoporsi alla terapia in ospedale piuttosto che a casa, e tanto lui quanto la famiglia sono ben disposti verso il ricovero.

Per riassumere l'atteggiamento dell'*Old American* nei confronti del dolore, possiamo dire che egli è preoccupato dell'aspetto sintomatico del dolore, delle conseguenze inabilitanti che comporta, ma tende a guardare al futuro con ottimismo, perché ha fiducia nella scienza e nell'abilità di chi si occupa della sua salute.

#### *Alcune fonti di variazione tra i gruppi*

Nei modelli e negli atteggiamenti di reazione al dolore in pazienti di origine ebraica e *Old American*, si sono riscontrate alcune costanti per ciascun gruppo, a prescindere dalle differenze e dalle variabili individuali. Ciò non significa che ogni individuo di ciascun gruppo manifesti le stesse reazioni e gli stessi atteggiamenti. Le variabili individuali sono spesso dovute ad aspetti specifici della sofferenza, al tipo di malattia che è causa del dolore o a elementi caratteristici della personalità del paziente. Vi sono, tuttavia, altri fattori che determinano differenze e che possono essere fatti risalire al *background* culturale dei singoli pazienti. Variabili quali il grado di americanizzazione del paziente, il suo *background* socioeconomico, l'educazione e la religione possono svolgere una parte importante nel determinare variazioni nei modelli di reazione. Ad esempio, da quanto risulta, i modelli descritti sono decisamente più evidenti negli immigrati, mentre le generazioni successive tendono a differenziarsi, adottando forme di comportamento e at-

teggiamenti di tipo americano per quanto riguarda il ruolo del medico, le istituzioni e le attrezzature sanitarie per vincere il male. Si può affermare che quanto più grande è la distanza dalla generazione immigrata, tanto più il comportamento del soggetto diventa americano. Non è esattamente lo stesso per quanto riguarda l'atteggiamento di fronte al dolore, che sembra permanere più a lungo anche in individui appartenenti alla terza generazione, e anche quando i modelli di reazione sono radicalmente mutati. Un paziente ebreo o italiano, nato nel paese da genitori nati in America, tende a *comportarsi* come un *Old American*, ma spesso manifesta *atteggiamenti* simili a quelli di soggetti ebrei o italiani. Cerca di apparire indifferente ed efficiente in situazioni in cui l'immigrato si mostrerebbe eccitato e turbato. Tuttavia, nel corso dell'intervista, se un paziente è di origine ebraica, manifesterà probabilmente stati di ansia riguardo al significato del dolore, e se è italiano, probabilmente si preoccuperà poco delle conseguenze future del male.

La posizione nel processo lavorativo ha importanza quando il dolore colpisce una parte specifica del corpo. Per esempio, i manovali affetti da ernia del disco sono molto più preoccupati del dolore che provano di quanto non lo siano professionisti o uomini d'affari colpiti dalla stessa malattia; e questo a causa della ripercussione immediata di quella particolare affezione sulle rispettive possibilità di guadagnarsi da vivere. Si è anche osservato che l'emigrante preoccupa molto di più gli intellettuali che gli operai.

Anche il *background* del paziente per quanto riguarda l'istruzione ha un ruolo importante nel determinare l'atteggiamento rispetto al significato sintomatico del dolore. I pazienti con più elevato livello di istruzione sono più consapevoli dei problemi della salute, e sanno quindi che il dolore può essere sintomo di una malattia pericolosa. Questo fattore, tuttavia, è meno importante di quanto si possa pensare; infatti, il paziente *Old American* o ebreo meno istruito è in ogni caso più sensibile al problema della salute di quanto non lo sia l'italiano più istruito. L'ebreo meno istruito, d'altronde, è preoccupato del significato del male quanto l'ebreo più istruito. Il grado di istruzione del paziente sembra invece essere un fattore importante nel determinare modelli specifici di reazione. Il paziente più istruito, che è forse più preoccupato riguardo alla malattia, può essere più contenuto nelle reazioni specifiche al

dolore di un individuo non colto, che si sente libero di esprimere sentimenti ed emozioni.

#### *L'assimilazione degli atteggiamenti culturali di fronte al dolore*

Interpretando le differenze derivanti dal diverso *background* socioeconomico e dal grado di istruzione, vi sono prove sufficienti per concludere che tali differenze risaltano soprattutto a livello del comportamento esteriore, mentre i modelli attitudinali tendono a essere più uniformi e comuni alla maggior parte dei membri del gruppo, a prescindere dal *background* specifico.

Tali atteggiamenti di fronte al dolore e i modelli di reazione previsti vengono assimilati dai singoli membri della società fin dalla prima infanzia, insieme ad altri atteggiamenti e valori culturali che vengono trasmessi dai genitori, da chi ne fa le veci, dai fratelli, dall'ambiente cui si appartiene, ecc. Ogni cultura offre ai suoi membri uno schema ideale di atteggiamenti e di reazioni, che, in una determinata società, possono essere molteplici a causa dell'esistenza di diverse sottoculture, e ciascun soggetto è tenuto a conformarsi a quello schema ideale. Nel nostro caso, è l'ambiente familiare che influenza in ultima analisi la risposta dell'individuo al dolore. In ogni cultura, i genitori insegnano ai figli come reagire al dolore, e con moti di approvazione o disapprovazione incoraggiano determinate forme di comportamento. Questa conclusione trova ampia conferma nelle interviste. Infatti, dalle risposte date dai pazienti ebrei e italiani, manifestavano atteggiamenti che i genitori, in particolare le madri, manifestavano atteggiamenti iperprotettivi e estremamente ansiosi sulla salute dei figli, sulla loro partecipazione agli sport, ai giochi, alla lotta, ecc. In queste famiglie, si raccomandava costantemente al bambino di non prendere raffreddori, malanni, di non fare a pugni e di evitare altre situazioni pericolose. Il pianto suscitato presso questi genitori simpatia, interessamento e aiuto. Col loro atteggiamento iperprotettivo e ansioso, favoriscono le lacrime e i lamenti. Il bambino impara a dare importanza a qualsiasi male e a cercare aiuto e simpatia che, peraltro, gli vengono dati prontamente. Nelle famiglie ebraiche, dove non solo la leggera sensazione di malessere, ma anche qualsiasi mutamento nel comportamento normale è considerato sintomo di malattia, il bambino impara a preoccuparsi del significato e

delle conseguenze di queste manifestazioni. I genitori italiani non sembrano preoccuparsi del significato sintomatico dei dolori e dei malanni del bambino, ma non fanno che esprimere a parole comprensione e simpatia verso il "povero piccolo" che soffre, perché è ammalato o perché si è fatto male giocando. In queste famiglie, il bambino riceve elogi se evita i mali, mentre viene sgridato se non sta abbastanza attento al cattivo tempo, ai colpi d'aria, o quando prende parte a giochi violenti o litigi. Spesso una ferita o un dolore sono presentati al bambino come punizioni per un cattivo comportamento, e la punizione fisica è la conseguenza abituale di un comportamento sbagliato.

Nella famiglia *Old American*, l'atteggiamento dei genitori è del tutto diverso. Si dice al bambino di non correre dalla mamma per ogni stupidaggine. Lo si abitua ad affrontare il dolore "da uomo," a non fare la femminuccia e a non piangere. La partecipazione del bambino agli sport e ai giochi fisici non solo è approvata, ma anche decisamente incoraggiata. Inoltre, si prepara il bambino all'eventualità di farsi male negli sport e nei giochi, e gli si insegna a reagire se altri lo provocano. D'altro canto, però, i genitori americani generalmente sono consapevoli dei pericoli che minacciano la salute del bambino, e gli insegnano quindi a prestare attenzione a qualsiasi dolore. Quando ci si fa male, la cosa migliore è non piangere e rimanere calmi, ma evitare il dolore inutile e prevenire conseguenze spiacevoli ricorrendo prontamente a rimedi adeguati e chiamando il medico.

Spesso gli atteggiamenti e il comportamento incoraggiati in famiglia sono in contraddizione con i modelli accettati dall'ambiente sociale nel suo complesso. Ciò vale soprattutto per i figli degli immigrati. I genitori immigrati italiani ed ebrei si attengono a modelli che ritengono giusti, mentre l'ambiente esterno e la scuola criticano quel comportamento e presentano un modello diverso. Di conseguenza, il bambino talvolta assimila gli atteggiamenti che sono presenti nell'ambiente familiare, ma adotta anche modelli di comportamento che corrispondono a quelli degli amici.

L'incoraggiamento aperto di un determinato comportamento come parte integrante dell'educazione del bambino spiega solo in parte l'influenza complessiva dell'ambiente familiare e il ruolo specifico dei genitori nel determinare le risposte al dolore. Tali risposte si formano anche indirettamente, osservando il comportamento di altri membri della famiglia e imitan-

do le loro risposte al dolore. Inoltre, l'atteggiamento di fronte al dolore è anche influenzato da diversi aspetti del rapporto figli-genitori in una cultura. Il materiale raccolto suggerisce che le differenze nell'atteggiamento di fronte al dolore nelle famiglie ebrae, italiane e *Old Americans* sono strettamente connesse al ruolo e all'immagine del padre esistente nelle rispettive culture, per quanto attiene ai concetti di autorità e di virilità. Il padre e la madre spesso assumono ruoli differenti nel favorire modelli specifici di comportamento e atteggiamenti specifici. Per esempio, sembra che nella famiglia *Old American* sia soprattutto la madre che spinge il bambino a sopportare il dolore, per sottolineare la sua virilità. Nella famiglia italiana, invece, sembra che sia la madre a incoraggiare l'emotività del bambino, mentre nella famiglia ebrea ambedue i genitori esprimono stati di preoccupazione e di ansia che vengono trasmessi ai figli.

Deviazioni specifiche dai modelli reattivi e attitudinali previsti spesso possono essere fatte risalire a una particolare situazione familiare. Ciò è stato messo particolarmente in evidenza dall'intervista con due pazienti italiani e con un paziente ebreo. Tutti e tre i soggetti dimostravano reazioni e atteggiamenti nettamente contrastanti con quelli previsti dal ricercatore in base alla sua esperienza. Nel corso dell'intervista, tuttavia, emerse che uno dei pazienti italiani era stato adottato dalla famiglia italiana, aveva saputo della sua adozione a quattordici anni e, per il suo aspetto fisico, si era convinto di essere di origine anglosassone e di conseguenza aveva voluto eliminare tutto ciò che di "italiano" vi era nella sua personalità e nel suo comportamento. Diceva, ad esempio, di non conoscere l'italiano, benché in famiglia non parlasse altra lingua; aveva persino imparato a non ridere, perché pensava che il temperamento allegro e spensierato tradisse l'origine italiana. L'altro paziente italiano aveva perso la famiglia giovanissimo ed era stato allevato in una famiglia irlandese. Il paziente ebreo adottava coscientemente un modello di comportamento e atteggiamenti "non-ebrei" per una forte rivalità col fratello. Secondo l'intervistato, il fratello, figlio prediletto in una famiglia di ebrei immigrati, manifestava sempre reazioni "tipicamente" ebrae verso la malattia, e il paziente, che non sopportava il fratello e ne era geloso, aveva deciso di essere "completamente diverso."

Questa analisi dei fattori culturali che agiscono sulle risposte al dolore è sperimentale e incompleta. Si basa su un solo

anno di ricerca in cui ci si è dedicati esclusivamente alla raccolta del materiale e alla formulazione delle ipotesi di lavoro. Una analisi dettagliata delle interviste potrebbe richiedere la revisione e la riformulazione di alcune osservazioni che sono contenute in questo testo. Tuttavia, la nostra ricerca ha raggiunto lo scopo di porre in evidenza l'importanza che svolgono i fattori culturali in un terreno relativamente poco esplorato dalle scienze sociali. Con ulteriori ricerche, ci auguriamo di poter prendere in esame altri aspetti del problema del dolore, come, ad esempio, il ruolo della differenza di sesso negli atteggiamenti verso il dolore, l'importanza dell'età e delle credenze religiose per l'esperienza del dolore. Inoltre, ci auguriamo che i dati conclusivi della ricerca contribuiranno a sviluppare la collaborazione tra le scienze sociali e la medicina, per una migliore comprensione dei problemi umani.

**PARTE SECONDA**  
**La professione del medico**