

Roberta Lanfredini, Letizia Cipriani

Esperienza ed espressione del dolore
Un'indagine preliminare tra fenomenologia ed ermeneutica

Abstract: Pain Experience and Expression: A Preliminary Inquiry Between Phenomenology and Hermeneutics

The essay aims to show the importance of phenomenological investigation for a consideration of the structure of the experience of pain. Phenomenology, intended as an analysis of invariants, describes pain as a complex and multidimensional phenomenon, emotionally grounded, essentially bodily, with a value structure, endowed with motivational force and strong pervasiveness. On this theoretical basis, the essay aims to reconsider, starting from the limits shown by the McGill questionnaire (MPQ), the way in which pain is described in the clinical field. Finally, the possibility of an alternative categorization is suggested, which is able to offer, through the analysis of language, a more adequate evaluation and measurement of the real experience of the suffering subject.

Keywords: Phenomenology, Pain, Emotion, Body, McGill Questionnaire.

1. *L'esperienza del dolore*

Fare una fenomenologia del dolore comporta, com'è noto, fornire una descrizione (e non una spiegazione) dell'esperienza vissuta del dolore. Descrizione che sottintende l'esplicitazione dell'esperienza, in questo caso del dolore, per così dire dal suo interno, senza che tale esperienza possa essere ricondotta o tanto meno ridotta a fattori esterni (neuronal, comportamentali, funzionali, ecc). La descrizione fenomenologica dell'esperienza del dolore ha il compito di mostrare la struttura del dolore, quella che potremmo definire la sua morfologia interna. Ciò che motiva un interesse nei confronti di un approccio fenomenologico dipende dalla constatazione del fatto che la biologia e la neurofisiologia del dolore, per quanto utili a chiarire le cause dell'insorgere del dolore, sembrano non essere altrettanto utili a chiarire la natura dell'esperienza del dolore stesso. È d'altro canto vero che l'esperienza del dolore di per sé considerata non getta alcuna luce sui meccanismi neurofisiologici che causano il dolore. Possiamo provare un forte mal di denti a prescindere dalla conoscenza dei meccanismi neurali sottostanti. Come affermato dagli stessi sostenitori della cosiddetta teoria dell'identità fra stati mentali e stati cerebrali, gli enunciati su stati coscien-

ziali non sono identici agli enunciati su processi cerebrali. La riprova sta nel fatto che possiamo descrivere le nostre sensazioni senza minimamente essere a conoscenza del fatto che esse corrispondono a stati cerebrali. Afferma Place, a questo proposito:

Semberebbe esserci un residuo intrattabile di *concetti* che si raggruppano intorno a quelli di coscienza, esperienza, sensazione e immagine mentale, per i quali è inevitabile chiamare in causa qualche genere di *processo interno*. È possibile, naturalmente, che alla fine si possa trovare un resoconto comportamentistico soddisfacente di tale residuo. Per i nostri scopi presenti, tuttavia, assumerò che questo non possa essere fatto e che gli enunciati sulla sofferenza e sul dolore, su come le cose ci appaiono, su come le udiamo e le sentiamo, su come le sogniamo o ce le raffiguriamo nell'occhio della mente, siano enunciati che si riferiscono a eventi o processi che sono in qualche senso privati o interni all'individuo di cui sono predicati (Place 1956/2005, p. 62).

E Smart è ancora più esplicito:

Qualunque contadino analfabeta può parlare del tutto correttamente [...] dell'aspetto delle cose e delle sue sensazioni o, ancora, dei suoi dolori e delle sue sofferenze anche se non sa assolutamente niente di neurofisiologia. Qualcuno, come Aristotele, può credere che il cervello sia un organo per raffreddare il corpo senza che ciò comprometta le sue capacità di esprimere enunciati veri sulle sue sensazioni. Quindi ciò di cui parliamo quando descriviamo le nostre sensazioni non possono essere processi cerebrali (Smart 1959/2005, pp. 77-78).

Anche riduzionisti in filosofia della mente come i teorici dell'identità non possono quindi fare a meno di riconoscere che né le nostre sensazioni (e il dolore fra esse) né gli enunciati che usiamo per esprimerle possono essere in alcun modo identificati con la conoscenza degli stati fisico-neuronali sottostanti. Possiamo infatti provare dolore e possiamo esprimere la nostra sensazione di dolore del tutto a prescindere dalla nostra conoscenza dei meccanismi fisici che causano tale sensazione. E tuttavia sembra non sia assolutamente possibile prescindere, nel descrivere il fenomeno del dolore, dall'effetto che fa provare dolore.¹ Stesse considerazioni sembra possano essere fatte per un'altra forma di riduzionismo nei confronti del fenomeno dolore, quello sociologico. Se il naturalismo in filosofia della mente concen-

¹ Tale essenzialità della dimensione esperienziale del dolore è del resto chiaramente riconosciuta dalla International Association for the Study of Pain (IASP) la quale nel 1979 ha offerto la seguente definizione di dolore: «Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage» (Merskey, Bogduk 1994, p. 209). È d'altra parte vero che tale definizione, pur riconoscendo la dimensione esperienziale come essenziale per la definizione del dolore, non riesce a coglierne la specificità. Anche la nausea, le vertigini, i bruciori di stomaco, la fame, la sete, il prurito sono un «unpleasant sensory and emotional experience», pur non corrispondendo affatto alla sensazione dolorosa. Da qui l'esigenza di un'indagine fenomenologica che ne trattegi la specificità.

tra la propria attenzione sui meccanismi neurali in grado di innescare il dolore, il costruttivismo sociologico sottolinea gli aspetti sociali, culturali e storici che influenzano anche in misura radicale la manifestazione del dolore (Geniusas 2013). In entrambi i casi ciò che viene colto non è tanto il dolore in quanto tale ma i meccanismi neurali, psicologici, sociologici che attivano, condizionano, influenzano l'esperienza del dolore. Il che è come dire che sia le neuroscienze che le scienze sociali e culturali necessitano, come essenziale integrazione, di una scienza che sia in grado di rendere esplicito ciò che esse sottintendono, cioè l'esperienza del dolore. Tale scienza è, appunto, la fenomenologia.

Il problema che a questo punto emerge è il seguente: che cosa intendiamo quando parliamo, in termini fenomenologici, di esperienza del dolore?

2. *Fenomenologia del dolore*

Il motto fenomenologico “Zurück zu den Sachen selbst” deve essere inteso come un tentativo di fornire una descrizione (e non una spiegazione) dell'esperienza, e dei fenomeni che in essa si manifestano, depurata da ogni sovrastruttura teorica secondaria rispetto a quella dimensione originaria che l'esperienza di per sé manifesta. La descrizione fenomenologica non deve tuttavia essere intesa né come un inventario del mondo (inevitabilmente esposto alla obiezione della relatività concettuale) né come la ricerca di un piano di datità epistemologicamente neutrale e oggettivo, non condizionato da assunzioni teoriche (inevitabilmente esposto all'accusa di ingenuità epistemologica). Il metodo fenomenologico non si pone infatti sullo stesso piano dell'esperienza come *giustificazione*. In questo senso è molto difficile attribuire a Husserl l'adesione a una sorta di mito del dato; l'individuazione cioè di un piano di datità o di osservatività neutrale e autonomo, la cui natura non linguistica, non concettuale e non inferenziale fungerebbe da fondamento per un superiore livello teorico e concettuale. La fenomenologia più che un inventario o una strategia di controllo di un sistema di credenze, è una modalità di esplicitazione dell'esperienza per così dire dal suo interno, cioè sempre effettuata in prima persona, al fine di renderne manifesta la struttura e la morfologia propria dei fenomeni che la abitano.²

Fra questi fenomeni, possiamo annoverare il dolore la cui natura non può prescindere dal richiamo alla prima persona (un dolore non esperito in

² Ciò non significa che la fenomenologia sia, come sostenuto da Dennett (1991/2009) e Metzinger (2003), una forma di introspezione. Mentre quest'ultimo tratta esempi individuali di esperienze soggettive, la fenomenologia si occupa infatti di invarianti (Gallagher 2012; Zahavi 2013).

prima persona potrebbe essere definito come dolore indolore [*painless*], espressione questa che suona tanto insensata quanto l'espressione quadrato-non quadrato). La fenomenologia non si concentra tanto sulle sfumature idiosincratice dell'esperienza del dolore nei singoli individui (o nelle singole culture) quanto tenta di fornire, attraverso i due metodi della riduzione fenomenologica (cioè della messa fra parentesi di ogni considerazione naturalistica e fattuale) e della variazione eidetica (cioè della individuazione di invarianti) un'analisi della struttura essenziale dei fenomeni esperienziali, cioè di quella che con terminologia più attuale potremmo definire una loro modellazione ontologica. Tale modellazione prevede come aspetto fondamentale la dimensione temporale dell'esperienza del dolore e la sua realizzazione in un corpo vivo (*Leib*). Modellazione ontologica, analisi della dimensione temporale ed *embodiment* saranno, come fra poco vedremo, dirimenti per una descrizione fenomenologica del dolore, in quanto categorie che permettono di sottrarre tale fenomeno a quello che sembrerebbe essere il suo naturale destino epistemologico: ineffabilità, incomunicabilità e inafferrabilità conoscitiva (si veda ad esempio Schlick 1930/1974 e 1938/1987).

Il tentativo, da parte della fenomenologia, di superare lo psicologismo e l'introspezionismo (Prince, Aydede 2005) per mezzo di strumenti metodologici quali la riduzione eidetica, offre la possibilità di stabilire una teoria dell'esperienza del dolore e anche, come cercheremo di mostrare, una teoria dell'espressione dell'esperienza del dolore affatto idiosincratice ma, al contrario, sebbene sempre vissute in prima persona, categorizzabili e condivisibili. Al tempo stesso, tali strumenti metodologici ci permettono di evitare quel tipo speculare di riduzionismo stando al quale solo coloro che soffrono o sono malati in prima persona hanno il diritto e la possibilità di parlare del proprio dolore o della propria malattia (Carel 2016).

Uno dei tentativi di questo contributo sarà infatti, come in seguito vedremo, quello di individuare la traccia, nel linguaggio, dell'esperienza vissuta del dolore e delle sue variazioni, al fine di offrire una certa modellazione concettuale. Questo al fine di fronteggiare l'accusa se non di introspezionismo (visto il ruolo giocato dalla riduzione eidetica e dalla nozione di invarianza) quanto meno di solipsismo. Se ammettiamo che la sofferenza è inevitabilmente racchiusa dentro i confini della coscienza e dell'esperienza personale, la fenomenologia deve inevitabilmente confrontarsi con l'accusa di solipsismo al fine di realizzare, ad esempio, il compito di favorire un dialogo costruttivo fra paziente e medico. L'esperienza della sofferenza sembra infatti essere inevitabilmente inaccessibile a chiunque a eccezione di colui che prova, in prima persona, quella sofferenza (Gergel 2012).

A questa tesi è possibile replicare con due osservazioni. La prima consiste nel ribadire la separazione tra fenomenologia e psicologia (Geniusas 2021): scopo della fenomenologia non è quello di relegare i concetti di ma-

lattia e di dolore a un'esperienza privata, raggiungibile mediante un accesso privilegiato e incomunicabile, bensì quello di fondare tali concetti nell'esperienza. Detto in altri termini, la specificità della descrizione fenomenologica non risiede nel proporre un'analisi empirica e fattuale relativa alle esperienze di sofferenza e di dolore bensì nell'individuare ciò che in tali esperienze risulta essere essenziale. La seconda consiste nel rimarcare, insieme all'esperienza fenomenologica, la rilevanza dell'espressione, sia verbale che non verbale, dell'esperienza del dolore e della sofferenza, ad esempio da parte di pazienti. Questo al fine di precisare, oltre alla struttura dell'esperienza del dolore, anche la *misura* (sia pure in forma indiretta) di quell'esperienza, la quale può essere rilevata solo nella sfera comunicativa. La considerazione della dimensione espressiva aprirà inoltre le porte alla dimensione ermeneutica del dolore (Gadamer 1993/1996 e 2000/2004), cioè all'individuazione di un registro semantico alternativo rispetto a quello riduzionista, che sia in grado di considerare il malato nella sua globalità e il dolore non come malfunzionamento di un meccanismo a cui porre rimedio semplicemente "aggiustando" la parte che non funziona bensì come un vissuto dotato di una propria "logica" e di una propria struttura (Vanzago 2016, 2017), logica e struttura che, come vedremo, coinvolgono il vivente nella sua globalità e interezza.

Due saranno quindi i risultati a cui mirare: fornire un'esplicitazione della struttura fenomenologica dell'esperienza del dolore e mettere a punto una categorizzazione e modellazione dell'espressione linguistica di tale esperienza.

3. *Dolore e intenzionalità*

Il primo problema che l'esplicitazione della struttura fenomenologica dell'esperienza del dolore si trova a dover affrontare concerne l'attribuzione o non attribuzione a tale esperienza di una struttura intenzionale. Il dolore corrisponde a un sentimento intenzionale, qualificabile come "coscienza di qualcosa", o si caratterizza come sensazione non intenzionale, cioè come mero "contenuto esperienziale", o puro "stato affettivo" che di per sé non è in grado di dirigersi verso alcun oggetto?³ Chiameremo la prima tesi della

³ Il problema è rintracciabile nella controversia fra Stumpf e Brentano. Mentre quest'ultimo considera il dolore come un sentimento intenzionale, Stumpf (1924) legge il dolore come una sensazione non intenzionale definibile come sensazione emotiva (*Gefühlsempfindung*). Scheler dal canto suo adotta una posizione ibrida: mentre nel *Formalismo* (Scheler 1916/2013) egli ritiene che il dolore sia una sensazione non intenzionale, in scritti ulteriori egli considera il dolore, in linea con la posizione di Stumpf, come una sofferenza dotata di direzione intenzionale. La controversia è rintracciabile anche nelle più recenti posizioni di Buytendijk (1962) e Henry (1973): Buytendijk, sulla scia di Brentano, legge il dolore come un evento significante in grado di connettere colui che soffre al proprio corpo, agli altri e all'ambiente in cui vive. Hen-

natura intenzionale del dolore (*Intentional pain*) e la seconda tesi della natura non intenzionale del dolore (*Not-intentional pain*). Secondo Elaine Scarry «desire is desire of x, fear is fear of y, hunger is hunger for z; but pain is not “of” or “for” anything – it is itself alone» (Scarry 1985, pp. 161-62). In aperto contrasto con questa tesi circa la natura fenomenologica del dolore, Olivier considera il dolore stesso come una forma di percezione, quindi come a tutti gli effetti un’esperienza intenzionale. Il dolore, egli afferma, è una «disturbed bodily perception bound to hurt, affliction or agony» (Olivier 2007, p. 198).⁴

Come alcuni interpreti (Geniusas 2021) hanno giustamente affermato, esistono argomenti a sostegno sia dell’una che dell’altra prospettiva. Prendiamo in considerazione la prima tesi, quella stando alla quale il dolore è un *sensory feeling* o una *feeling-sensation*. Stando a questa tesi, mentre i sentimenti intenzionali (*intentional feelings*) sono sempre diretti verso qualcuno o qualcosa (l’amore è amore *per* qualcuno; la paura è paura *di* qualcosa, ecc.), il dolore non è *per* qualcuno o *di* qualcosa. Detto altrimenti, il dolore non ha alcun contenuto referenziale; esso resiste a qualsiasi oggettivazione linguistica (Scarry 1985, p. 5).

Consideriamo ora la seconda tesi, quella che pensa il dolore come un vissuto intenzionale, cioè come un atto specificamente rivolto verso oggetti. Stando a Brentano, il dolore è un sentimento intenzionale (*intentional feeling*) caratterizzato non tanto dall’essere rivolto verso oggetti nel mondo quanto dall’essere rivolto verso quel particolare “oggetto” che è il nostro corpo fisico. È possibile così concepire il dolore come un vissuto intenzionale il cui correlato o riferimento è la specifica zona corporea in cui esso si manifesta (Janzen 2013, p. 864). Ma, si potrebbe obiettare a questa tesi, la manifestazione del dolore non è affatto riconducibile a una esperienza percettiva. L’esperienza percettiva si caratterizza infatti per il suo essere assorbita dall’oggetto intenzionale e solo in misura secondaria dal contenuto esperienziale. Nella percezione vediamo direttamente la cosa percepita e solo mediante un successivo atto di riflessione prendiamo consapevolezza del sottostante vissuto di percezione. Nel caso del dolore la situazione sembra essere invertita: in esso siamo primariamente assorbiti dall’esperienza del dolore e solo secondariamente dall’oggetto relativo all’esperienza del dolore. In alcun modo il dolore può essere interpretato come un essere coscienti di un oggetto, anche nel caso in cui tale oggetto venisse identificato

ry, riprendendo e estremizzando la proposta di Stumpf, considera invece il dolore come un perfetto esemplare di “auto-affezione senza mondo”, quindi a tutti gli effetti non intenzionale.

⁴ La distinzione sembra rimarcare quella, fondamentale per Husserl, fra atti intenzionali emotivi e tonalità emotive (Husserl 1901/1988).

come una parte del nostro corpo. Nel dolore nulla appare; esso viene semplicemente vissuto.

Non solo. Mentre i vissuti intenzionali sono caratterizzati da una distinzione (benché non separazione) fra contenuto e oggetto (l'esperienza dell'amare è distinta dalla cosa o dalla persona amata; l'esperienza dell'aver paura è distinta dall'oggetto che incute paura), sembra non sia possibile distinguere fra esperienza del dolore e oggetto. L'esperienza del dolore, se particolarmente intensa, sembra infatti assorbire e in qualche misura annientare l'assetto dei vissuti intenzionali, obliterando la coscienza intesa come regolare stare al mondo. In un certo senso l'esperienza tipica del dolore si appropria dell'intera dimensione cosciente, invadendola (Serrano De Haro 2011, p. 390). In questo senso il dolore si intromette e irrompe nel campo coscienziale in modo analogo ad altri eventi dell'ambiente circostante, come i rumori improvvisi che rompono la calma, o i movimenti inaspettati che interrompono la quiete.⁵

L'esperienza del dolore in quanto tale, quindi, si caratterizza come tendenza a obliterare e prendere possesso della coscienza, confermando ancora una volta, in questa sua assoluta assenza di contemplazione, l'incapacità del dolore di dirigersi verso oggetti, persone o stati di cose. La natura invasiva e immersiva del dolore sembra confermare, quindi, la tesi della non intenzionalità del dolore.

L'esperienza del dolore, inoltre, sembra godere di quella assoluta certezza che solo le sensazioni (o, per dirla con terminologia fenomenologica, i materiali iletici) possiedono. L'oggetto percettivo, essenzialmente prospettico, risulta soggetto al dubbio. Può infatti accadere che la normale concordanza o coesione delle apparenze che lo caratterizzano si interrompa, come accade nei casi di illusione e di allucinazione. Questo non accade nell'esperienza del dolore, la quale è caratterizzata da una assoluta indubitabilità (Scarry 1985, p. 4).

Esistono tuttavia ragioni per sostenere la tesi che vede nell'esperienza del dolore un atto intenzionale. Stando a questa tesi il dolore è un particolare vissuto di coscienza rivolto a un oggetto del tutto peculiare, cioè il nostro corpo. Il dolore può essere sentito solo in riferimento al proprio corpo (*Leib*) e il corpo può essere concepito come il correlato intenzionale della nostra esperienza del dolore. Tale esperienza può quindi in questo senso essere ritenuta un'istanza, per quanto del tutto peculiare, della nostra conoscenza della realtà intenzionalmente costituita (Geniusas 2021, p. 50). Da questo punto di vista potremo spingerci fino a identificare il dolore non tanto, noeticamente, con


⁵ Da questo punto di vista vi sono interessanti analogie fra la nozione di dolore e quella di atmosfera, la quale gode di un analogo grado di dominio e pervasività (Schmitz 2009). Si veda a questo proposito Griffero (2017).

l'esperienza dolorosa quanto, noematicamente, con l'oggetto del dolore, cioè con quella parte del corpo in cui il dolore si insedia e s'annida, monopolizzando la nostra attenzione (Serrano De Haro 2011, p. 392). Solo concependo il dolore come oggetto, o come noema, è infatti possibile localizzare il dolore nel corpo (Husserl 1952/2002, Olivier 2007).

In riferimento al potere pervasivo della esperienza del dolore, si può inoltre obiettare che tale caratteristica è condivisa da stati emotivi come l'orgoglio e la vergogna, l'attrazione e il disgusto, la gioia o la paura, in cui il soggetto risulta assorbito dalle proprie sensazioni più che dall'oggetto inteso. Sulla natura intenzionale di tali stati non vi è d'altro canto alcun dubbio. Siamo infatti orgogliosi o imbarazzati per qualcosa, attratti o disgustati da qualcosa, felici o impauriti per qualcosa. Anche in questo caso la tesi che concepisce il dolore come un atto intenzionale sembra trovare una conferma, sia pure indiretta.

Si potrebbe tuttavia sostenere che le due interpretazioni relative all'esperienza del dolore, quella che vede nel dolore un esempio di coscienza non intenzionale e quella che al contrario vede nel dolore un esempio di coscienza intenzionale, non siano così incompatibili come appaiono a un primo sguardo. Se questo fosse vero rimarrebbe ancora spazio per una terza posizione, che costituirebbe una sintesi delle prime due. Ammettiamo che nella distinzione tradizionale fra *hyle* materiale e *morphé* intenzionale, o fra contenuto apprensionale e apprensione (*Auffassungsinhalt* e *Auffassung*) il dolore sia assimilabile alla prima. Risulta indubbio che all'interno della dimensione iletica il dolore goda di uno statuto del tutto peculiare. Usualmente i contenuti non-intenzionali sono infatti in funzione della messa in forma intenzionale, quindi della costituzione di oggetti a cui l'intenzionalità mira. Così, la sensazione del colore si trasforma nella visione di una cosa colorata, la sensazione sonora nell'ascolto di una melodia, la sensazione tattile nella ruvidezza di una stoffa. La messa in forma intenzionale di un contenuto iletico ha in questi casi lo scopo di far emergere un attributo, o una nota caratteristica dell'oggetto. La distinzione standard fra stato intenzionale e stato non-intenzionale, o fra componente rappresentazionale e componente sensibile o iletica, sta in questo caso a rimarcare l'impossibilità per la sensazione di sopravvivere da sola, senza la messa in forma ad opera di una struttura apprensionale. Detto in altri termini, contenuto iletico e forma intenzionale cooperano per dirigersi verso oggetti d'esperienza.

La sensazione di dolore al contrario, che in ciò condivide la propria struttura con quella di tutte le emozioni (Drummond 2020), non è funzione di una messa in forma intenzionale bensì di una sorta di torsione in grado di garantire l'*effetto che fa qualcosa per me*, in ciò coinvolgendo inevitabilmente il corpo. Su questa linea è quindi possibile guardare, nel definire la nozione fenomenologica di contenuto non-intenzionale di cui il dolore costituirebbe

un esempio, più che nella direzione di una funzione conoscitiva nella direzione di una dimensione emotiva, incentrata cioè sulla nozione di *affezione* più che su quella di *costituzione* (Lanfredini 2014). L'*affezione* pur essendo non intenzionale, risulta in un certo senso ancora “diretta” verso qualcosa. Solo che questo dirigersi non ha più le fattezze di una direzione intenzionale bensì  sorta di localizzazione in cui, come ben aveva colto Merleau-Ponty (1964/1989), è l'*intreccio* più che la *direzione* la struttura di riferimento.⁶

Queste, in sintesi, sembrano quindi essere le caratteristiche essenziali dell'esperienza del dolore (Niccoli, Lanfredini 2020):

1. Accesso privilegiato: il dolore è sempre vissuto in prima persona;
2. Passività: il dolore è uno stato affettivo, in quanto tale dotato di una dimensione patica;
3. Struttura valoriale: il dolore, al pari delle emozioni, rileva certi aspetti del proprio corpo divenuti salienti,⁷ da cui la necessità non solo e non tanto di spiegare il dolore quanto di comprenderlo, individuandone il radicamento nell'esistenza umana nel suo complesso;
4. Forza motivazionale: il dolore, in quanto emozione, orienta e dispone ad agire in un certo modo; sospinge o trattiene rispetto alle possibilità di azione che il contesto offre, in molti casi schiaccia e sovrasta;
5. Carattere atmosferico: il dolore, al pari degli umori, impregna e colora la nostra esperienza nella sua globalità.

Siamo ora giunti al punto di comprendere come tali caratteri essenziali del dolore si possano riversare nel linguaggio e come, viceversa, sia possibile scorgere nel linguaggio stesso la traccia dell'esperienza viva del dolore.

4. Il linguaggio come strumento di valutazione e misurazione del dolore: il tentativo McGill

Solitamente fenomeni privati come il dolore e la sofferenza vengono considerati dal senso comune muti. Il dolore sembra non avere parole adatte a render conto in modo appropriato dell'esperienza vissuta. Questo “silenzio” del dolore trova le sue radici nella sua natura essenzialmente corporea e nel-

⁶ È tuttavia lo stesso Husserl, nella Quinta Ricerca logica, ad anticipare il famoso paradigma della mano toccante-toccata proposto da Merleau-Ponty quando afferma: «esattamente nello stesso modo le sensazioni tattili, ad esempio vengono riferite al membro del corpo vivo che tocca e al corpo materiale estraneo che viene toccato» (Husserl 1901/1988, p. 181).

⁷ Questo rende il dolore, al pari delle emozioni (Mulligan 1998; D'Arms, Jacobson 2000), appropriato o inappropriato, nel senso che può presentare aspetti valoriali del particolare oggetto verso cui è diretto, cioè il proprio corpo, in modo più o meno giustificato.

lo sforzo di impotenza che attraverso il dolore il corpo manifesta.⁸ Nel dolore il corpo, solitamente latente (Leder 1990)⁹ diventa improvvisamente oggetto. Il soggetto affetto da dolore “si sente oggetto”, vive “l’effetto che fa essere oggetto”, sperando il proprio corpo non più solo dall’interno, ma anche per così dire dall’esterno, in una sorta di ibridazione e intreccio tra attività e passività: si prova dolore e si vive il dolore (Vanzago 2016, 2017).

Pur tuttavia del dolore se ne parla e, in ambito clinico e terapeutico, se ne deve parlare. L’espressione linguistica da parte dei soggetti affetti da dolore, cronico o episodico che sia, diventa molto spesso una modalità fondamentale, uno strumento di accesso e di supporto per il personale medico e per i familiari. La comunicazione linguistica da parte del paziente in cura si mostra come un veicolo di informazioni e valori imprescindibili per comprendere, in integrazione con i dati quantitativi di ordine fisico-clinico, la reale condizione del soggetto che vive un’esperienza di dolore. La traccia linguistica deve in ogni caso tener conto di due fattori:

a) Il dolore non è mai una emozione isolata ma multidimensionale che, in quanto tale, si compenetra con altre emozioni quali la paura, la rabbia, la speranza, la delusione ecc., dando così vita, con esse, a quella più complessa condizione chiamata *sofferenza o malessere*;

b) Partecipando allo stato di sofferenza il dolore travalica la dimensione delle singole emozioni per configurarsi come sfondo emotivo che colora e influenza tutte le altre funzioni del soggetto, comprese quelle cognitive come le valutazioni e i giudizi.

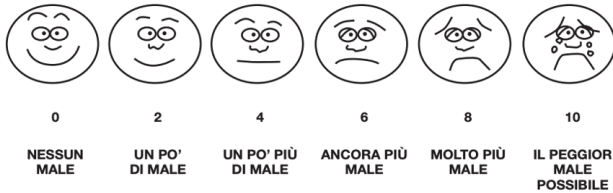
Proprio in virtù della sua natura complessa e multidimensionale il dolore espresso si diffonde nel linguaggio, permeandolo. Non si tratta così di rilevare il dolore solo quando esso viene esplicitamente citato, ma di osservare anche quei sintomi linguistici relativi al dolore che a un primo sguardo sembrano riferirsi a tutt’altro. In sintesi, quando il dolore parla, non parla solo di sé, bensì di qualcosa di molto più pervasivo, cioè della sofferenza in cui il soggetto si trova immerso.

L’ermeneutica del dolore si è concretizzata, in ambito medico, in svariati tentativi di costruire dei modelli sotto forma di questionari che permettono di valutare e misurare il dolore dei pazienti. Tali modelli di indagine rispec-

⁸ Afferma Bergson a questo proposito: «Ogni dolore deve dunque consistere in uno sforzo, e in uno sforzo impotente. Ogni dolore è uno sforzo locale ed è questo isolamento stesso dello sforzo che è causa della sua impotenza, perché l’organismo, a motivo della solidarietà delle sue parti, è adatto soltanto agli effetti d’insieme» (Bergson 1989/2002, p. 44).

⁹ Secondo Gadamer è esattamente in questa latenza del corpo che risiederebbe la salute: «Nella vita la funzione del dolore consiste nell’indurre la sensazione soggettiva a richiamare l’attenzione su un disturbo presente in quell’equilibrio ordinato del movimento vitale in cui consiste la salute» (Gadamer 1993/1996, p. 118).

chiano varie tipologie di questionari, si pensi ad esempio alla versione iconica del Wong Baker scale (1988), nata per sondare l'intensità del dolore nei bambini e poi estesa anche ad altre categorie di persone con difficoltà comunicative di tipo verbale, come i soggetti geriatrici colpiti da ictus o altre malattie neurodegenerative.



Allo stato attuale il questionario probabilmente più noto e articolato è il McGill Pain Questionnaire (1975) (MPQ), in auge fin dagli anni Settanta del secolo scorso, tradotto in un gran numero di lingue e proposto in molte varianti alternative.¹⁰

Mc Gill Pain Questionnaire

Nome _____ Cognome _____ Data _____
 S. _____ A. _____ V. _____ M. _____ = Totale _____ (1-20)

1 Insensibili
 Transiente
 Vibrante
 Spilante
 Che picchia
 Battente
 Martellante

2
 Batte qua e là
 Furente
 E' come una mola che scatta

3
 Plunge come uno spillo
 Buca come un ago
 Buca come un chiodo
 E' come una pugnaiata
 Lancinante

4
 Tagliante come una lametta
 Tagliante come ai coltelli
 Lacerante

5
 E' come un forte pizzicotto
 Strage
 E' come un crampo
 Rode
 Strisciante

6
 Stira
 Tira
 Contorce

7
 Caldo
 Scotta
 Brucia
 Roviante

8
 Dà formicolio
 Prude e rima
 Vira
 Ado

9
 Dà indolenzimento
 Sordo
 Fa male
 Dà sofferenza
 Gravoso

10
 Sensibile al tocco
 Tesa
 Risoluta
 Spacca

11 nervi
 Stancante
 Che espone

12
 Nauseante
 Soffocante

13
 Sclamante
 Spaventoso
 terrificante

14
 Colpisce come una funzione
 Prurite
 Cuirose
 Feroce
 Malsade

15
 Spigoloso
 Accecante

16 insensibili
 Sclamante
 Penoso
 Orrendo
 Intollerabile

17 (asi)
 Si innalza
 Si diffonde a raggiera
 Penetrante
 Perforante

18
 Siccante
 Intorpidito
 Trifile
 Stizza
 Strappante

19
 Fresco
 Freddo
 Congelante

20
 Siccante
 Dà bruciato
 Dà tormento
 Terribile
 Turbante

Nei variabili
 aggiungere + o - secondo
 l'effettiva sensazione
 dell'esperienza

Segnare con E le zone in cui è presente dolore esterno, con I se è presente un dolore interno, con Ell se è presente sia dolore esterno che interno.
 Associazione con altre sensazioni: segnare con X se specificare.

Nota:

¹⁰ In figura: esempio di McGill Pain Questionnaire tradotto in italiano.

Il tentativo formulato da Melzack e colleghi dell'Università canadese McGill è nato con un obiettivo ambizioso, ovvero quello di fornire uno strumento di analisi qualitativa in grado di valutare e misurare il dolore dei pazienti, essenziale quindi nella pratica clinica (Melzack 2005). L'MPQ è un questionario costituito da alcune serie di parole ritenute idonee alla descrizione dei differenti caratteri del dolore. Specificatamente le etichette linguistiche scelte sono i termini più frequenti che si riscontrano nei report dei pazienti, raccolti in fase preliminare e analizzati in seguito per la formulazione del questionario.¹¹ I soggetti del report presentano dolori legati a differenti condizioni patologiche: fenomeno dell'arto fantasma, tabe dorsale, distrofia etc. Il questionario viene presentato al soggetto sofferente, il quale deve scegliere i termini che corrispondono al proprio dolore; il questionario prevede inoltre il disegno di un corpo umano fronte-retro per individuare la localizzazione spaziale del dolore e una VRS (*verbal rating scale*) e VDS (*verbal description scale*), cioè le scale monodimensionali lineari¹² che quantificano l'intensità/entità del dolore. Queste scale vengono usate per ottenere un indice numerico, il Pain Rating Index (PRI), che rileva la quantità di dolore percepito dai soggetti.

VRS (*Verbal Rating Scale*)
Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14: 798-804.



¹¹ La tassonomia dei descrittori è stata scelta tenendo conto anche di liste di termini provenienti da lavori precedenti, quali la lista di 44 termini degli anni '30 di K.L. Dallenbach, come si evince da Main (2016).

¹² Esistono dei questionari per la valutazione del dolore che utilizzano quasi esclusivamente scale monodimensionali in risposta a domande circa l'intensità del dolore e la conseguente limitazione funzionale. Un esempio è il Brief Pain Inventory (BPI) descritto da Cleeland e Ryan (1994), presentato in italiano come Breve Questionario per la valutazione del dolore.

L'MPQ classifica 102 termini diversi, simboli di differenti caratteri del dolore. I termini sono suddivisi in 4 classi e 20 sottoclassi, corrispondenti a differenti aspetti del fenomeno.

Le quattro classi corrispondono a quattro aspetti fondamentali del dolore:

1. Classe sensitiva: caratteri qualitativi
2. Classe valutativa: valutazione dell'intensità del dolore
3. Classe affettiva: espressione delle emozioni
4. Classe mista

Ogni sottoclasse è composta da un gruppo di parole (descrittori) considerate appartenenti alla stessa famiglia. Al soggetto cui viene sottoposto il questionario si chiede esplicitamente di scegliere un solo termine per ogni sottoclasse. Dall'analisi delle parole scelte risulta possibile ricavare uno score globale ed uno parziale, cioè relativo a ogni singola classe.

Nella versione ridotta SF-MPQ (short form MPQ) il questionario si presenta con 15 parole rappresentative solo della classe sensitiva e della classe affettiva, associate a una scala numerica d'intensità. La versione ridotta risulta più versatile ed utilizzabile anche su pazienti geriatrici.

Data Valutazione n.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

Cognome Nome Età

Sesso M F Scolarità

Diagnosi

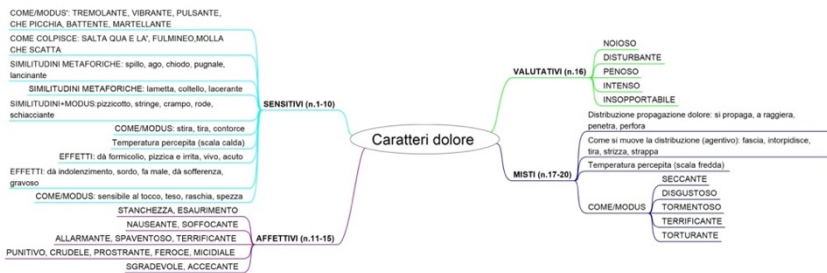
SHORT FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (SF-MPQ)

Come sente il suo dolore?
 Scegli gli aggettivi che meglio descrivono il suo dolore e l'intensità
 (0 = nessuno; 1 = lieve; 2 = medio; 3 = grave)

DESCRIZIONE DEL DOLORE	INTENSITÀ			
	0	1	2	3
1 Che picchia				
2 Come picchia una molla che scatta				
3 Come una pugnolata				
4 Tagliente come una lama				
5 Come un crampo				
6 Rode				
7 Caldo - scotta				
8 Dà sofferenza				
9 Gravoso				
10 Sensibile al tocco				
11 Che spezza				
12 Stancante - spossante				
13 Nauseante				
14 Allarmante				
15 Affligge - crudele				
Somma 1 - 11				
Somma 12 - 15				
Somma Totale				

Sebbene lo sforzo teorico e d'intenti del MPQ risulti apprezzabile, è proprio nella sua somministrazione ai pazienti che il questionario rivela i propri limiti. Da un lato, infatti, il questionario è uno strumento ancora valido in letteratura e presente nella discussione contemporanea sul dolore grazie al suo sforzo di affrontare il tema in termini non solo quantitativi ma anche qualitativi, cioè che tengano conto della dimensione esperienziale del soggetto. In questo senso il questionario riflette un'impostazione anti-riduzionista in grado di includere elementi essenziali come la dimensione emotiva. All'atto pratico, però, già nel primo periodo di utilizzo del questionario, sono emersi problemi (Main 2016) sia per quanto riguarda la strutturazione dei descrittori linguistici dei caratteri del dolore sia per quanto concerne la fruizione da parte dei pazienti, i quali, in alcuni casi, presentano difficoltà a comprendere il significato (Torgerson, Ben Debba 1983) e l'uso dei descrittori. Tutto questo comporta un problema di ordine pratico da parte dell'equipe medica che non riesce a interpretare correttamente e con produttività i risultati dei questionari. Non a caso, sin dal principio si sono susseguiti tentativi di validazione e revisione del questionario sia dal punto di vista dell'organizzazione categoriale che nella scelta dei descrittori.

Per chiarire quali sono i problemi che potrebbero essere la fonte di questo mancato successo, proponiamo un'analisi dettagliata supportata da uno schema relativo alla struttura ontologica sottostante il MPQ:



Lo schema permette di individuare alcuni tratti problematici del MPQ, riconducibili a una serie di problemi d'ordine categoriale (Torgerson, Ben Debba 1983, pp. 1389-1390). Quella del MPQ è una modellazione che vorrebbe render conto della multidimensionalità del dolore ma che, a causa di una formalizzazione in parte lacunosa e presupposti teorici non sempre definiti, genera una struttura non descrittivamente coerente rispetto alla natura del fenomeno.

Entrando nel dettaglio queste sono a nostro avviso le lacune di MPQ:

i) distribuzione imprecisa delle emozioni rispetto ai parametri categoriali proposti dal McGill: le emozioni, invece di afferire solo alla classe di appartenenza, ovvero quella affettiva, risultano distribuite in tutte e quattro le classi: il dolore dà sofferenza (classe sensitiva); è disturbante, noioso (classe valutativa); è disgustoso, seccante, terrificante (classe mista);

ii) teorizzazione inadeguata del rapporto fra dolore e emozioni: le emozioni sono qui intese come effetti/conseguenze del dolore e non come parte integrante del dolore stesso. Una visione di questo tipo fa perdere la relazione intima e reciproca che le emozioni, compresa quella peculiare del dolore, intessono tra loro, andando poi a confluire nella condizione di malessere o benessere generale del soggetto. Le emozioni non sono *conseguenze* del dolore, ma sue *variazioni qualitative*: il dolore, ad esempio, non causa né genera noia, ma co-emerge con essa;

iii) polarizzazione negativa del dolore: in MPQ non vi è traccia di emozioni e fenomeni affettivi positivi quali la speranza, la calma, la fiducia, la stima, la tenacia o, per ciò che concerne la dimensione sensitiva, il sollievo. Questo sfondo emotivo esclusivamente negativo riflette una precisa impostazione teorica stando la quale il dolore è un fenomeno privativo. In tal modo si inibisce la possibilità da parte del soggetto non solo di poter esprimere eventuali vissuti emotivi positivi, bensì di attivare risorse personali per affrontare la propria condizione;

iv) caratterizzazione unilaterale della dimensione etico-morale: si riscontra una distribuzione pervasiva di emozioni e fenomeni valutativi dalla spiccata natura giudicativa, caratterizzati da una scelta morale unilaterale e sempre negativa: il dolore è crudele, punitivo, penoso, torturante, ecc. Ciò ripropone ancora una volta il problema tassonomico rilevato al punto i): tali valutazioni di ordine etico-morale non risultano infatti inserite solo nella classe valutativa, ma distribuite in tutte le classi;

v) depotenziamento del fenomeno dell'intensità: l'intensità viene ridotta a *carattere* del dolore e intesa come sinonimo di forza. È tuttavia plausibile considerare l'intensità come una dimensione più profonda, fenomeno emergente dalla relazione corale dei vari aspetti del fenomeno dolore, non meramente riconducibile alla misurabilità di elementi quali acuto e gravoso e indizio di quella multidimensionalità che abbiamo più volte attribuito al fenomeno del dolore;

vi) assenza della dimensione temporale: la struttura ontologica del MPQ è sostanzialmente episodica e non tiene in considerazione la trasformazione del fenomeno dolore nel fluire esperienziale del vivente. Trattati tipicamente temporali quali la relazione tra dolore, ricordo e aspettative future, unite a comparazioni relative a peggioramenti o miglioramenti della condizione, non

risultano presenti, così come manca una esplicitazione di fenomeni importanti quali la ripetizione e l'assuefazione. L'unico riferimento alla temporalità lo si trova, in alcune varianti del questionario, in relazione alla terapia farmacologica e al suo funzionamento in vista di un miglioramento della condizione del paziente. La pressoché totale assenza della dimensione temporale ha una ricaduta anche sulla scelta delle emozioni inserite nel modello, quasi tutte a carattere impressionale e per così dire presentificante; al contrario risultano assenti stati più spiccatamente temporali quali la fiducia, la tenacia, l'orgoglio, la delusione, la speranza;

vi) mancata differenziazione dei vari tipi di dolore: la struttura ontologica sottostante l'MPQ tenta di render conto della complessità del fenomeno e tuttavia, nell'esplicitazione delle varie sfaccettature del dolore, finisce per far collapsare il dolore stesso in un'unica classe che è quella mista, inibendo la diversificazione dei vari tipi di dolore. Il dolore emotivo, tuttavia, non ha gli stessi caratteri di quello psicologico, né di quello fisico, e viceversa. Le caratteristiche del dolore risultano così formalizzate e raggruppate in modo impreciso;

vii) errata impostazione comunicativa: in MPQ è il dolore il destinatario dell'indagine e non il vivente nella sua complessità. Colui o colei che sono affetti dal dolore sembrano dissolversi nei *caratteri* che il dolore manifesta, rivelandosi come entità in un certo senso estranea al vissuto stesso. Si interroga direttamente il dolore, privilegiando come il dolore agisce sul soggetto e non il soggetto che vive il dolore. Si tende a vedere, ad esempio, il dolore come qualcosa che da sofferenza evitando di considerare il soggetto come sofferente;

viii) riduzione del *Leib* ad oggetto: in conseguenza al punto vii, riscontriamo una riduzione del corpo vivente sofferente a oggetto d'esperienza. Questa riduzione è particolarmente evidente nei descrittori inseriti nella classe sensitiva i quali, invece di tematizzare la natura soggettiva degli elementi sensitivi, la esprimono impropriamente attraverso metafore (Ephrem, Towery 1996, p. 32) e analogie riferite ad azioni sul corpo da parte di oggetti esterni: aghi, spilli, coltelli, lame, chiodi, pugnali;

ix) problemi di ordine metodologico: in letteratura si è molto discusso circa l'esiguità del campione utilizzato da Melzack e dei metodi scelti per la validazione della classificazione dei descrittori (Ephrem, Boyle 2001, p. 72). In particolare, nel raggruppare i descrittori nelle sottoclassi, quest'ultime non sembrano rappresentare caratteri descrittivi del dolore, bensì proprietà del fenomeno, le quali costituiscono delle vere e proprie dimensioni del dolore, come ad esempio la proprietà termica (caldo/freddo), ben identificata, al contrario, in tassonomie del dolore multi-assiali come la IASP Pain Taxonomy (Merskey 1986).

5. Conclusioni

Il questionario McGill, per quanto animato da lodevoli intenzioni, sembra non render conto in modo adeguato dell'esperienza effettiva del dolore, rimarcando quello iato fra vivere e esprimere che molti filosofi hanno indicato come la principale difficoltà di una conoscenza oggettiva degli stati qualitativi. Le lacune e le omissioni espresse da MPQ suggeriscono la possibilità di riconsiderare l'espressione linguistica dei report clinici come traccia (o sintomo) della esperienza originaria. In questo senso la parziale inadeguatezza del questionario, nel senso della sua insufficienza a render conto della complessità dell'esperienza clinica del dolore, apre la strada a una riformulazione della struttura dei descrittori linguistici dei caratteri del dolore sottintesa da MPQ in vista di una mappa categoriale più adeguata a render conto dell'esperienza di sofferenza effettivamente vissuta dal paziente.

A tal fine l'indagine fenomenologica del dolore, intesa come esplicitazione del fenomeno per così dire dall'interno e i risultati teorici che essa offre (quali la struttura emotiva e quindi valoriale del dolore, l'intreccio essenziale con il corpo, la forza motivazionale, la dimensione temporale, il carattere multidimensionale e pervasivo ecc.) getta le fondamenta per una riconsiderazione del modo in cui il dolore viene espresso, ad esempio in ambito clinico, come conseguenza del modo in cui l'esperienza del dolore può essere concettualizzata e descritta. Il che equivale a dire che per poter effettivamente comprendere il dolore di un paziente attraverso le sue espressioni linguistiche diventa prima necessario descrivere in modo puntuale e adeguato la struttura del dolore nella sua complessità per come essa si manifesta nell'esperienza.

Dipartimento di Lettere e Filosofia
Università di Firenze, Italia

E-mail: roberta.lanfredini@unifi.it

E-mail: letizia.cipriani@unifi.it

Bibliografia

- Bergson, H. 1989/2002: *Essai sur les données immédiates de la conscience*; trad. it. di F. Sossi, *Saggio sui dati immediati della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Buytendijk, F.J.J. 1962: *Pain: Its Modes and Functions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Carel, H. 2016: *Phenomenology of Illness*, Oxford University Press, Oxford
- Cleland, C.S., Ryan, K.M. 1994: *Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory*, in «Annals, Academy of Medicine Singapore», 23, 2, pp. 129-138.

- D'Arms, J., Jacobson, D. 2000: *The Moralistic Fallacy: On the 'Appropriateness' of Emotions*, in «Philosophy and Phenomenological Research», 61, 1, pp. 65-90.
- Dennett, D.C. 1991/2009: *Consciousness Explained*, trad. it. di L. Colasanti, *Co-scienza. Che cos'è*, Laterza, Roma-Bari.
- Drummond, J.J. 2020: *The varieties of affective experience*, in T. Szanto, H. Landweer (eds.), *The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion*, Routledge, London, pp. 239-249.
- Ephrem, F., Boyle, G.J. 2001, *Affective and evaluative descriptors of pain in the McGill Pain Questionnaire: Reduction and reorganization*, in «The Journal of Pain» 2, 6, pp. 318-325.
- Ephrem, F., Towery, S. 1996: *A parsimonious set of verbal descriptors of pain sensation derived from the McGill Pain Questionnaire*, in «Pain», 66, 1, pp. 31-37.
- Gadamer, H.G. 1993/1996: *Über die Verborgenheit des Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.; trad. it. di M. Donati, M.E. Ponzo, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gadamer, H.G. 2000/2004: *Schmerz. Einschaetzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*; trad. it. di E. Paventi, *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, Apeiron, Roma.
- Gallagher, S. 2012: *Phenomenology*, Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Geniusas, S. 2020: *The Phenomenology of pain*, Ohio University Press, Athens.
- Gergel, T.L. 2012: *Medicine and the Individual: Is Phenomenology the Answer?* in «Journal of Evaluation in Clinical Practice» 18, 5, pp. 1102-1109.
- Griffero, T. 2017: *Il pensiero dei sensi. Atmosfere ed estetica patica*, Guerini, Milano.
- Henry, M. 1963/2009: *L'essence de la manifestation*; trad. it. di D. Sciarelli, M. Anzalone, *L'essenza della manifestazione*, Filema, Napoli.
- Husserl, E. 1901/1988: *Logische Untersuchungen. Zweiter Teil: Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*; trad. it. di G. Piana, *Ricerche logiche*, il Saggiatore, Milano, vol. 2.
- Husserl, E. 1952/2002: *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und einer phänomenologischen Philosophie, Zweites Buch, Phänomenologischen Untersuchungen zur Konstitution*; trad. it. di E. Filippini, V. Costa, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Libro secondo, *Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione*, Einaudi, Torino.
- Janzen, G. 2013: *An Adverbialist-Objectualist Account of Pain*, in «Phenomenology and the Cognitive Sciences», 12, 4, pp. 859-876.
- Leder, D. 1990: *The absent body*, University of Chicago Press, Chicago.
- Merleau-Ponty, M. 1964/1969: *Le visible et l'invisible*; trad. it. di A. Bonomi, *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano.
- Lanfredini, R. 2014: *La struttura fenomenologica dell'emozione*, in G. Matteucci, M.G. Portera (a cura di), *La natura delle emozioni*, Mimesis, Milano-Udine, pp. 109-127.
- Melzack, R. 1975: *The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods*, in «Pain», 1, 3, pp. 227-299.

- Melzack, R. 2005: *The McGill Pain Questionnaire From Description to Measurement*, in «Anesthesiology», 103, 1, pp. 199-120.
- Merskey, H. 1986: *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, «Pain», Suppl. 3.
- Merskey, H., Bogduk, N. 1994: *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, IASP Press, Seattle.
- Main, C.J. 2016: *Pain assessment in context: a state of the science review of the McGill pain questionnaire 40 years on*, in «Pain», 157, 7, pp. 1387-1399.
- Metzinger, T. 2003: *Being No One: The Self-Model Theory of Subjectivity*, MIT Press, Cambridge.
- Mulligan, K. 1998: *From Appropriate Emotions to Values*, in «Monist», 81, 1, pp. 161-188.
- Niccoli, A., Lanfredini, R. 2020: *Emozioni e comunicazione affettiva*, in B. Baldi (a cura di), *Comunicare ad arte. Per costruire e promuovere eventi*, Zanichelli, Bologna, pp. 59-76.
- Olivier, A. 2007: *Being in Pain*, Peter Lang, Frankfurt a.M.
- Place, U.T. 1956/2005: *Is consciousness a brain process?*, trad. it. *La coscienza è un processo cerebrale?*, in Salucci (a cura di) 2005, pp. 61-71.
- Price, D.D., Aydede, M. 2005: *The experimental use of introspection in the scientific study of pain and its integration with third-person methodologies. The experiential-phenomenological approach*, in M. Aydede (ed.), *Pain: new essays on its nature and the methodology of its Study*, MIT Press, Cambridge 2005, pp. 242-273.
- Salucci, M. (a cura di) 2005: *La teoria dell'identità*, Le Monnier, Firenze.
- Scarry, E. 1985: *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, Oxford University Press, New York.
- Scheler, M. 1916/2013: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik: Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*; trad. it. di R. Guccinelli, *Il formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori*, Bompiani, Milano.
- Schlick, M. 1930/1974: *Die Wende der Philosophie*; trad. it di E. Picardi, *La svolta della filosofia*, in Id., *Tra realismo e neo-positivismo*, il Mulino, Bologna, pp. 29-30.
- Schlick, M. 1938/1987: *Form and content. An introduction to Philosophical Thinking*; trad. it. di P. Parrini, S. Ciolli Parrini, *Forma e contenuto. Un'introduzione al pensare filosofico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Schmitz, H. 2009: *Der Leib, der Raum und die Gefühle*, Aisthesis Verlag, Bielefeld.
- Serrano de Haro, A. 2011: *Is Pain an Intentional Experience?*, in I. Copoeru, P. Kontos, A. Serrano de Haro (eds.), *Phenomenology*, Vol. 3, Selected Essays from the Euro-Mediterranean Area, Zeta Books, Budapest, pp. 386-395.
- Serrano de Haro, A. 2012: *New and old approaches to the phenomenology of pain*, in «Studia Phaenomenologica», 12, 12, pp. 227-237.
- Smart, J.J.C. 1959/2005: *Sensations and brain processes*; trad. it. *Sensazioni e processi cerebrali*, in Salucci (a cura di) 2005, pp. 72-88.

- Stumpf, C. 1924: *Die Philosophie der Gegenwart in Selbstdarstellungen*, Vol. 5, Meiner, Leipzig.
- Torgerson, W.S., Ben Debba, M. 1983: *The structure of pain descriptors*, in R. Melzack (ed.), *Pain Measurement and Assessment*, Raven Press, New York, pp. 49-54.
- Vanzago, L. 2016: *L'esperienza del dolore. Modelli concettuali a confronto*, in «Philosophical Readings» 8, 1, pp. 46-52.
- Vanzago, L. 2017: *La partizione originaria: Riflessioni fenomenologiche sull'esperienza del dolore*, in «Giornale di metafisica», 39, 2, pp. 518-534.
- Wong, D., Baker, C. 1988: *Pain in children: comparison of assessment scales*, in «Pediatric Nursing» 14, 1, pp. 9-17.
- Zahavi, D. 2013: *Naturalized Phenomenology: A Desideratum or a Category Mistake?*, in H. Carel, D. Meacham (eds.), *Phenomenology and Naturalism: Examining the Relationship between*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 23-43.