

Il dolore e la sofferenza: le sue dimensioni

articolo

Víctor Pajares, L.C.

Il dolore non è una novità, e ciononostante continua a essere un mistero nella vita umana perché la maggior parte delle volte è intriso di sofferenza. Filosoficamente parlando, il male è una mancanza di bene. Invece il dolore non si sente come una mancanza, è una realtà solida e dura. Ogni volta si conosce più accuratamente la fisiopatologia e la sintomatologia del dolore, le sue cause e conseguenze, ma finché fa la sua comparsa accompagnato dalla sofferenza, allora sfugge a una esaustiva comprensione del vissuto sperimentato.

Già Tommaso d'Aquino distingueva tra dolore (*dolor*) e sofferenza (*tristitia*)¹, intendendo rispettivamente la percezione di una lesione fisica e quella di una lesione che interessa direttamente la persona, la quale non è solo organismo fisico, ma anche spirito. E così non è tanto raro provare la tristezza, come esempio di una sofferenza che non è necessariamente il risultato di un dolore fisico². Intendo in questa sede offrire una panoramica essenziale di questa realtà complessa che è il dolore e la sofferenza, cercando di evidenziare i loro rapporti interni. L'intento è quello di capire più globalmente una realtà che ci colpisce in tutti gli strati della nostra personalità ed esistenza.

Ricerca etimologica e definizione attuale del termine "dolore"

In greco il dolore fisico è reso con il vocabolo *algos*, proveniente dal verbo *algéo*, che vuol dire "soffrire per il freddo", mentre che il verbo latino *algeo* vuol dire "sentire il freddo". Da questa radice derivano alcuni

termini medici, come neuralgia, iperalgesia, ecc. Anche in greco abbiamo il verbo *àncho* (soffocare) che è alla radice del latino *angina* (dolore soffocante). Dalla stessa radice proviene il termine greco *ànchos* (dolore psichico), a cui fanno capo le parole ansietà e angoscia.

La parola inglese *pain* (dolore) deriva dal latino *poena* (punizione), e corrisponde alla nostra consapevolezza di nocicezione (dal latino *noceo*, "recar danno"). È come dire che il dolore è il prezzo che paghiamo per renderci conto che ci sta accadendo qualcosa di lesivo. L'origine comune è la parola greca *poíné*, che è anche la radice del greco *páthos* e il latino *passio*. È interessante notare che la nostra parola *pena* assume il significato di dolore psichico e non fisico.

L'etimologia latina del vocabolo *dolor* è incerta. Da questa parola hanno origine le nostre corrispondenti nelle lingue neolatine (l'italiano *dolore*, il francese *douleur*, lo spagnolo *dolor*, ecc.); potrebbe significare "essere battuto" e per tanto "provare dolore"³.

Nel 1968 Margo McCaffery, specialista sul tema del dolore, ne ha dato questa definizione: «Qualunque cosa che la persona che la sta provando afferma che sia, e che esiste ogniqualvolta lo sostenga questa persona». Nel 1979 l'Associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP) ha introdotto la definizione di dolore oggi più ampiamente in uso: «Un'esperienza sensoriale ed emozionale sgradevole, correlata a un danno tessutale effettivo o potenziale, o descritta in termini di danno simile». Ambedue coincidono nell'indicare il dolore come un'esperienza soggettiva, e non un semplice evento sensoriale. Ogni individuo apprende il signi-



Decano, dottore di ricerca e docente di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma

ficato di tale parola attraverso le esperienze correlate a una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna a una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò una carica emozionale⁴.

La sfida del dolore cronico

Numerose ricerche attuali versano sul dolore cronico in quanto è una realtà che interessa fette ogni volta più ampie della società. Secondo stime aggiornate, le condizioni di malattia cronica interessano più della metà dell'onere globale della malattia e sono una sfida per i sistemi sanitari del ventunesimo secolo. Si parla di 10 milioni di italiani che soffrono di dolore cronico. Il secolo ventesimo si è occupato più a pieno delle malattie infettive acute, ma stiamo sperimentando una rapida transizione a problemi di malattie croniche.

Una volta era definito cronico il dolore che dura da tre a sei mesi dalla sua comparsa. Al presente viene etichettato così il dolore che prosegue oltre il periodo di guarigione, con livelli di patologie identificate che sono spesso bassi o insufficienti per giustificare la presenza e la portata della sofferenza.

Il dolore cronico può essere nocicettivo, neuropatico, o entrambi. In alcuni casi sussiste senza cause apparenti, e può essere definito *essenziale* o *idiopatico*, come la cefalea e l'ipertensione⁵. È cronico, comunque, quel dolore persistente che condiziona il sonno e uno stile di vita normale. In questo senso il dolore smette di essere un segno utile che può aiutare alla diagnosi e terapia dei pazienti e diventa un intralcio alla salute.

Il dolore cronico, per essere trattato efficacemente, non dipende tanto da una medicazione sulla base del bisogno che ne avverta il paziente, ma piuttosto sulla base di un uso regolare, anche preventivo. Se il paziente non prende la medicazione finché non si sente male, questo vuol dire che il dolore va sempre un passo avanti della terapia, complicandone il lavoro⁶.

Nel 2001 il Comitato nazionale di bioetica indirizzò queste lacune e sfide per la medi-

cina. Come si sa, le leggi successive hanno reso più fattibile la prescrizione di morfina e di altri oppiacei (allora era in vigore la legge raccolta dalla Gazzetta Ufficiale del 6 marzo 2001). Queste leggi hanno avuto soprattutto la funzione di abolire alcuni vincoli instaurati dalle norme precedenti e che rendevano più complicato l'uso di alcuni antalgici.

La terapia del dolore: un po' di storia

John J. Bonica (1917-1994) è conosciuto come il padre della terapia moderna del dolore. Questo italiano emigrato negli Stati Uniti nacque a Filicudi, piccola isola al largo della costa siciliana. Sua madre era levatrice e infermiera e aveva la responsabilità, insieme all'unico medico del posto, del benessere dei 2600 abitanti. Il fatto di seguire la madre, ancora piccolo, nel suo lavoro stimolò il suo interesse per la medicina.

Nel 1925 il padre portò la famiglia negli Stati Uniti per dare ai tre figli un'educazione migliore e un futuro più solido. Nel 1932, però, morì all'improvviso. Fu grazie alla devozione e i sacrifici della madre e alla motivazione del figlio che questi riuscì a continuare gli studi di medicina. Nel 1938 vinse il campionato di lotta (*wrestling*) degli Stati Uniti, un anno dopo quello del Canada e nel 1941 detenne il titolo di campione del mondo dei pesi medio-massimi⁷.

Si laureò in Medicina alla *Marquette University*, dopo essere stato uno studente modello per quattro anni, con un particolare interesse verso l'anatomia del sistema nervoso. Nel 1942 iniziò il programma accelerato di internato militare. Da medico militare si specializzò in anestesia all'ospedale St. Vincent di New York. Nel 1943 la sua vita familiare e professionale fu colpita in modo molto personale quando nel corso del travaglio della moglie per partorire la primogenita, una dose di anestetico per poco non la uccise. Da quell'incidente, Bonica intraprese una campagna internazionale per arrivare a migliorare l'analgesia e l'anestesia.

Al compimento del suo tirocinio, nel maggio del 1944, gli fu assegnato il ruolo di pri-

mario del reparto di anestesia e del reparto di chirurgia del *Madigan Army Hospital*, a Fort Lewis, Washington, che al tempo era il più grande ospedale militare americano. In poco tempo istituì un programma di anestesiologia di tre mesi per i medici di base e un altro di sei mesi per le infermiere. In quasi tre anni di impegno quotidiano formò più di sessanta medici e un centinaio di infermiere, la cui maggior parte fu inviata negli ospedali da campo nelle zone di battaglia.

Dopo la guerra, Bonica fece da pioniere dell'anestesia clinica nello Stato di Washington e nel Nordest del Paese. Mise in pratica il principio del team multidisciplinare per sviluppare la migliore terapia del dolore, continuò a formare anestesisti e a condurre ricerche scientifiche sul dolore, l'anestesia locale e su

quella applicata all'ostetricia. Questa esperienza diede luogo a un massiccio libro, intitolato *The Management of Pain*, pubblicato nel 1953⁸. Dopo la traduzione in altre lingue, venne considerato la Bibbia di questa branca della medicina.

Nella sua lunga carriera, l'organizzazione a Seattle nel 1973 di un simposio con trecentocinquanta esperti nella terapia del dolore segnò una pietra miliare. In quest'assemblea propose l'istituzione dell'*International Association for the Study of Pain* (IASP), immaginata venticinque anni prima. Due anni dopo il primo numero della rivista "*Pain*" vide la luce. Gli ultimi anni della sua vita li passò come conferenziere in giro per il mondo, e anche come consulente ufficiale di diversi governi sulle ultime novità nel campo della terapia del dolore⁹.

Oltre il dolore: la sofferenza

Per istinto tutti quanti rifuggiamo il dolore,

ma si dice anche che bisogna imparare alla scuola del dolore. Potremmo affermare che l'uomo ha una capacità di soffrire che gli è in qualche modo connaturale. Questo può sonare come un controsenso, ma visto che si tratta di un'esperienza umana, non regolata totalmente dall'istinto, c'entra la nostra capacità di apprendere. Saper soffrire, nel senso di non piegarsi totalmente alla sofferenza, è una altissima qualità umana. Qui non si tratta di masochismo o di un certo

dolorismo che si addossa alla dottrina cattolica. Infatti, potremmo dire paradossalmente che la Chiesa è sempre stata contraria al dolore, ma favorevole alla sofferenza¹⁰.

In realtà il cristianesimo non è fatalista né *dolorista*. La parabola del buon samaritano si è fatta reale attraverso i secoli in tante opere di assistenza al malato.

La parabola del buon samaritano si è fatta reale attraverso i secoli in tante opere di assistenza al malato. Con l'avvento dell'era cristiana le strutture ospedaliere si dedicarono alla cura dei malati comuni, senza distinzione

Con l'avvento dell'era cristiana le strutture ospedaliere si dedicarono alla cura dei malati comuni, senza distinzione. Perlopiù la carità, quale suprema virtù cristiana, si esprimeva nella compassione e cura degli altri, come accadeva negli ospedali, all'inizio opere pie collegate a ordini religiosi¹¹.

Ma in che senso il cristianesimo sarebbe favorevole alla sofferenza? Il cristianesimo si preoccupa della sofferenza perché presta attenzione alle virtù necessarie per convivere con il dolore: la speranza e il coraggio davanti ai propri mali e la misericordia nei confronti del prossimo. Una misericordia che non è frutto di una falsa pietà o sentimentalismo estremo. Noi non abbiamo la ricetta pronta per la soluzione della sofferenza, perché non è possibile spiegare come Dio ci ama e comunque permette la sofferenza.

La morale cristiana ci dona degli elementi per poter far fronte alla sofferenza, senza arrenderci ad essa, ma anche senza dover cancellarla ad ogni modo. Invece, un'etica

utilitaristica che predichi l'edonismo come tenore di vita non prevede un posto per la sofferenza, la quale viene considerata inevitabile peso dell'esistenza umana, ma non fattore di possibile crescita personale. Per cui, viene censurata, respinta come inutile, e combattuta come male da evitare sempre e comunque. Quando non la si può superare e svanisce la prospettiva di un benessere futuro, si pensa che la vita abbia perso ogni significato¹².

La scuola di Viktor Frankl (1905-1997)

L'etica cristiana non è sola a cercare di capire, accettare e dare un senso alla sofferenza. Il conosciuto psichiatra viennese ha proposto un'etica umanistica della sofferenza, basata sulla volontà di senso. Questo cardine della vita implica la capacità di soffrire¹³. Secondo Frankl, il nostro mondo dei valori trova una formidabile sfida nelle vite che sembrano di aver perso ogni significato per il fatto stesso che la loro sofferenza è inguaribile. Questa sfida ci aiuta ad approfondire nello spessore dei nostri valori collocati a tre livelli:

- *I valori creativi* si esercitano tramite l'azione. L'*homo faber* è l'espressione dell'*homo sapiens*, che può compiere il senso della sua esistenza dedicandosi ad un lavoro creativo, perseguendo il successo. A questo livello, le due categorie che importano sono quelle del successo e dell'insuccesso, e si applica l'etica del successo come referente morale.

- *I valori di esperienza* corrispondono alla capacità di godere la vita tramite l'incontro e l'amore. Questo è il compito dell'*homo amans*. Non si tratta però di soddisfare i bisogni fondamentali cui si riferiva lo psicologo statunitense Abraham Maslow (1908-1970), ma di essere soddisfatto della propria vita. Infatti, il vuoto esistenziale accompagna sovente una vita piena di avvenimenti, in uno stato di benessere per i nostri sensi, ma non per la persona *tout court*.

- *I valori di atteggiamento* sono importanti perché nessuna situazione della vita è realmente priva di significato. Gli stessi elementi

che apparentemente sono segnati dalla negatività (sofferenza, colpa, morte) possono essere trasformati in una conquista, in una prestazione, a patto che si assuma nei loro confronti un atteggiamento giusto. Perciò i valori di atteggiamento possono essere attivati nella capacità di sopportare la propria sofferenza perché si vuole dare alla vita una pienezza di significato. Infatti, dal punto di vista medico, quello che importa di più è l'atteggiamento che il paziente assume di fronte alla malattia¹⁴. Quando un'azione non è più suscettibile di modellare il proprio destino, occorre allora adottare l'atteggiamento che conviene di fronte al destino che si impone. Tramite l'esperienza vitale e la creazione che ci appagano possiamo costruire la nostra vita, guardando a un orizzonte aperto. Ma quando questa possibilità sparisce, resta comunque la risorsa del nostro atteggiamento al destino. Questo è evidente nel caso della malattia cronica, quando l'uomo diventa *Homo Patiens*.

Nella sofferenza che deriva in modo inesorabile dalla malattia cronica, le categorie dell'*homo patiens* non sono per niente quelle del successo e dell'insuccesso, ma quelle dell'appagamento e della disperazione. Nella cura del dolore ci può essere la deriva edonistica che cerca il successo. Per la tendenza alla fuga dalla sofferenza e l'orientamento totale verso il piacere, si blocca la possibilità di un atteggiamento che può accettare anche lo scacco di una malattia senza guarigione, ma non senza una possibilità di significato umano.

La conclusione alla quale si arriva è insindacabile: non è esagerato cogliere in una vita senza senso la sofferenza più dolorosa. Nel realizzare un significato l'uomo realizza se stesso. Nel portare a compimento il senso del dolore realizziamo ciò che di più umano c'è in noi: ci viene chiesto di cambiare noi stessi.

Conclusione

Si può eliminare la sofferenza in tre modi: sopprimendo la causa del dolore, la do-

manda definitiva sul dolore, oppure chi soffre. Soffrire è essere convinto che in qualche luogo esiste una fonte di senso anche se si trova aldilà della nostra portata. Può essere un segno di speranza, un grido di libertà. La sofferenza può essere creativa e aspirare alla trascendenza. La secolarizzazione della sofferenza è una mentalità funzionale che spiega i sintomi, in termini di cause passate, e non vede niente di più¹⁵.

Il filo rosso dell'utilitarismo è il benessere o la felicità, per cui la promozione del benessere deve essere il nocciolo della moralità. Il filosofo inglese Jeremy Bentham (1748-1832) avanzò l'idea di giudicare il piacere o il dolore che risultano dalle nostre azioni come le uniche conseguenze che determinano se la nostra condotta è morale o meno. Il suo utilitarismo è stato denominato edonistico in questo senso, il che vuol dire semplicemente che la felicità è il benessere¹⁶.

In sintesi, un atto si deve giudicare dalle sue conseguenze, e le conseguenze che interessano sono quelle che producono felicità o piacere. Un grosso problema che sorge direttamente da questa prospettiva utilitaristica è che lo scopo o il fine delle nostre azioni viene considerato irrilevante, giacché si giudicano le nostre azioni a seconda dei risultati ottenuti.

Una critica molto arguta a questo modello proviene dal filosofo tedesco Max Scheler (1874-1928): «la valutazione quantitativa di piacere e dolore nella vita umana, quale è stata adottata dall'edonismo [...] appare già sul piano metodologico un controsenso, se considerata alla luce del punto di vista superiore». Piacere e dolore sono ugualmente radicati nel sacrificio e nell'amore sacrificale. Per questo è soltanto negli stati inferiori e periferici della nostra esistenza sensibile che dolore e piacere divergono ampiamente. «Quanto più penetriamo nel profondo del nostro io e ci raccogliamo attorno alla at-

tualità della nostra persona, tanto più dolore e piacere si compenetrano reciprocamente»¹⁷.

Sono convinto che il dottore Eric J. Cassell abbia colto il problema nella sua interezza nell'indicare che il sollievo della sofferenza è cruciale nella medicina, soprattutto nella cura dei morenti. Per curare la sofferenza, bisogna riconoscerla e diagnosticarla bene. La sofferenza coinvolge qualche sintomo o processo che minaccia il paziente a causa della paura, la portata del sintomo e la preoccupazione per il futuro. Non bastano i sintomi, perché essendo pure questi gli stessi in due pazienti, le sofferenze possono essere molto diverse. La sofferenza è vista e vissuta come una minaccia alla integrità delle persone. Si può definire come uno stato specifico di angoscia che si attua quando l'integrità della persona è minacciata o capovolta (*disrupted*)¹⁸.

Perciò, una medicina che serve l'uomo in modo pieno non è sconfitta anche quando perdurano il dolore, la sofferenza e la malattia. In parole di Daniel Callahan, rinomato bioeticista statunitense, questo stato di debolezza permanente ci ricorda che le nostre vittorie sulla morte e le malattie sono sempre temporali, mentre il nostro bisogno di sostegno e cura è permanente¹⁹.

Una medicina che serve l'uomo in modo pieno non è sconfitta anche quando perdurano il dolore, la sofferenza e la malattia

NOTE

¹ T. D'AQUINO, *Summa Theologia*, I-II, q.35 e III, q.15, aa.5-6.

² Molto prima di Tommaso, il greco Ippocrate (c. 460-377 a.C.), capostipite della medicina occidentale, sosteneva che il dolore abbia origine da uno sbilanciamento di umori endogeni (*discrasia*). Nelle quasi sessanta opere che formano il *Corpus Hippocraticum* si spiega la salute e la malattia in termini di umori. Questi fluidi fondamentali alla base dell'esistenza erano il sangue, la bile gialla (o colera), il flemma (muco o catarro) e la bile nera.

³ Cf. E. LARGHERO, *Dolore e sofferenza nell'insegnamento di Giovanni Paolo II*, Edizioni Camilliane, Torino 2005, 29-30.

⁴ Cf. M. PAPPAGALLO, *Contro il dolore*, Frasinelli, Milano 2005, 1-2.

⁵ Il dolore nocicettivo è causato dall'attivazione continua di nocicettori (le più piccole fibre nervose del nostro corpo, chiamate anche A-delta e C) in risposta a uno stimolo meccanico, termico o chimico molto intenso, causato da ferite, malattie o infiammazioni. Il dolore neuropatico, invece, si manifesta quando il segnale del dolore ha origine all'interno di neuroni periferici o centrali che funzionano in modo anormale, ovvero che sono stati alterati o danneggiati. Questa distinzione tra i due tipi di dolore non è netta, perché il dolore di infiammazione può essere anche neuropatico. Il dolore neuropatico è caratterizzato da una varietà di sensazioni alterate (disestetiche) e perciò viene riferito con più difficoltà e con meno precisione. Spesso i pazienti citano bruciori, fitte, trafitture, sensazioni di caldo o freddo, pruriti, ecc. che tante volte vengono innescati da stimoli benigni come un lieve contatto, un leggero riscaldamento o una pressione minima. Questa sensazione si chiama *allodinia*, mentre il fenomeno dell'*iperalgia* consiste nel provare un forte dolore in conseguenza di stimoli che normalmente ne causerebbero solo uno lieve.

⁶ Se l'intensità del dolore cronico non si alterasse durante il giorno, il dosaggio uniforme dell'oppiaceo sarebbe sufficiente per il suo controllo. Bisogna venire incontro alle diverse sensibilità, e quando c'è un dolore cronico che sia molto refrattario al trattamento, ci sono anche dei rinforzi, conosciuti come "advanced therapy systems".

⁷ Questo sforzo intensivo gli procurava molte serie lesioni muscolo-scheletriche e poco tempo per recuperare. Queste lesioni gli procurarono la diretta esperienza del dolore quando più avanti sviluppò un'artrite traumatica, che toccò molte articolazioni e problemi che resero necessari numerosi interventi medici. Perciò quando il dottore Bonica parlava di dolore cronico e della condizione di sofferenza continua, le sue parole risultavano convincenti.

⁸ Lo scrisse in collaborazione con John D. Loeser, C. Richard Chapman e Wilbert E. Fordyce. Una edizione reperibile è la seconda del 1990 (Philadelphia, Lea & Febiger) in due volumi per un totale di 2120 pagine.

⁹ Per una trattativa più ampia si può consultare l'appendice 3 del libro citato di Pappagallo.

¹⁰ La domanda radicale è questa: se la sofferenza è buona perché Dio la invia, allora il malato diviene un privilegiato. Il termine *dolorismo* fu lanciato da Paul Souday nel 1919, il quale lo definiva così: «La teoria dell'utilità, della necessità, dell'eccellenza del dolore». Questo neologismo di Souday fu ripreso da Julien Teppe, che pubblicò nel 1935 il suo Manifesto del *dolorismo* sotto il titolo *Apologie pour l'anormal*. Il *dolorismo* pretende di valorizzare il dolore stesso, non i diversi superamenti di esso. Si costituisce come un atteggiamento estetico di certa compiacenza quasi

morbosa, il che ci consente di capire che i sostenitori dell'ascesi dell'accettazione nei confronti del dolore non si riconoscono nella visione del *dolorismo*. Il cristiano deve aver chiaro che se non si vede nel malato che la sua malattia, si rischia di sopravvalutarla. Dio non è presente nella malattia ma nel malato (cf. S. SPINSANTI, *L'etica cristiana della malattia*, Edizioni Paoline, Roma 1971, 74-81).

¹¹ In Costantinopoli, già nel secolo VII, alcuni ospedali incominciarono ad avere ali separate per uomini e donne e stanze riservate alla chirurgia e alla cura degli occhi. Per combattere la lebbra, i lebbrosari si estesero in tutta Europa per arginare questa terribile malattia. Dopo, quando scoppiò la peste, si usarono per rinchiodare individui sospettati di diffondere malattie contagiose, i pazzi e persino i poveri. Vennero chiamati "lazzaretti", in onore al santo protettore, san Lazzaro. Il primo di questi ricoveri per appestati fu, nel 1377, a Ragusa, l'odierna Dubrovnik. Nel Cinquecento nella sola Firenze c'erano trentatré ospedali, uno ogni mille abitanti.

¹² Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae* (25 marzo 1995), n. 23.

¹³ Qui mi limito a fare brevi accenni ai contenuti di due opere dello psichiatra: *Alla ricerca di un significato della vita. I fondamenti spiritualistici della Logoterapia* (Mursia 1974) e *La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo di oggi* (Edizioni LDC 1978).

¹⁴ Il medico ha sovente l'opportunità di vedere come un malato operi una specie di conversione, passando dalla possibilità di dare un senso alla propria vita con l'attività, così come si percepisce abitualmente nell'esistenza quotidiana, alla necessità di realizzare il significato della propria esistenza attraverso la sofferenza, come accettazione di un destino doloroso. Questo è possibile quando la sofferenza assume il significato del sacrificio.

¹⁵ Cf. L. ALBACETE, *God at the Ritz: Attraction to Infinity. A Priest-Physicist Talks about Science, Sex, Politics, and Religion*, Crossroad Publishing, 2002, 84-88.

¹⁶ Bentham criticò Kant perché dava troppa importanza alle intenzioni quando la maggioranza della gente si preoccupa piuttosto di quello che ottiene dalle sue azioni. Si concentrano sull'utilità, per cui una cosa o azione è utile per una persona se la rende felice, gli dà piacere o gli diminuisce il dolore. Questa massimizzazione del piacere o benessere e la minimizzazione del dolore o malessere è l'ampliamento della sfera delle libertà personali per il maggior numero di persone e forma la base della corrente pragmatico-utilitaristica della qualità di vita.

¹⁷ Cf. M. SCHELER, *Il dolore, la morte, l'immortalità*, Edizioni LDC, Torino 1983, 47.

¹⁸ E.J. CASSELL, «Diagnosing Suffering: A Perspective», in *Ann Intern Med*, 131 (1999), 531-534.

¹⁹ Cf. D. CALLAHAN, *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1990, 144.