



L'ARCO DI GIANO

rivista di *medical humanities*

NUMERO 28 ESTATE 2001



IL DOLORE
semplicità dell'evento,
complessità del fenomeno

Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale

L'ARCO DI GIANO

EDITORIALE	pagina	3
Alla ricerca del senso del dolore <i>di Carlo Maria Martini</i>	pagina	7
FOCUS		
L'analgesia epidurale e il senso del dolore nel parto <i>di Silvia Vegetti Finzi</i>	pagina	19
Il dolore delle donne nel travaglio di parto <i>di Alessandra La Prova, Michela Castagneri, Paola Serafini, Tullia Todros</i>	pagina	27
Il dolore del parto <i>di Elsa Margaria, Evelina Gollo, Elisabetta Meduri, Simona Erbetta</i>	pagina	39
DOSSIER - Il dolore: semplicità dell'evento, complessità del fenomeno		
La cura del dolore: una prospettiva bioetica <i>di Francesco D'Agostino</i>	pagina	53
La roccia del dolore <i>di Gianfranco Ravasi</i>	pagina	59
La percezione del dolore e l'uomo: motivazioni storico-culturali <i>di Giorgio Cosmacini</i>	pagina	67
Sul dolore alla fine dei tempi <i>di Paolo Rossi</i>	pagina	73
Il dolore psichico e l'influenza della psiche sul dolore <i>di Flavio Mombelli</i>	pagina	87
L'analgesia da placebo <i>di Fabrizio Benedetti</i>	pagina	95

Il dolore psichico e l'influenza della psiche sul dolore

di Flavio Mombelli

Il medico, nella sua preparazione universitaria, viene abituato a considerare il dolore come un segnale di allarme, portato alla coscienza dalla presenza di una lesione anatomica; ma ben poco apprende sul dolore psichico, dei suoi rapporti con la coscienza e sull'influenza che lo stato psichico può avere nella modulazione della percezione stessa del dolore.

In presenza di un sintomo doloroso il medico va alla ricerca scrupolosa della "lesione" o delle alterazioni che possano dare una spiegazione medica alla sensazione del paziente: se non trova una origine organica al dolore, rimane perplesso e pensa a un'origine psichica, ma spesso con una concezione della genesi del dolore psichico legata alla psicanalisi classica, in altre parole al concetto di "isteria", quando non addirittura ad una specie di "simulazione" o ad una esagerazione del dolore per la presenza di un disagio psicologico. Facilmente, se il paziente ha delle caratteristiche psichiche che lo portano ad essere querulo o noioso, il medico si irrita e lo etichetta come "psicosomatico" o "funzionale", dando però a questi termini una connotazione leggermente negativa, che spesso viene trasmessa in modo non verbale al paziente e condiziona un'ulteriore resistenza da parte del paziente stesso a trovare le cause psichiche del dolore.

Frequentemente risponde a un invio allo psichiatra con la classica frase "ma io non sono matto, ho un dolore !".

Oggi è molto aumentato l'interesse, in campo medico, verso le sindromi funzionali, ovvero quei quadri clinici nei quali il dolore o altri sintomi non trovano

un' esaustiva spiegazione medica, come è stato dimostrato al "Primo Congresso Internazionale sulle Sindromi Funzionali", tenuto a Milano il 25-27 Gennaio 2001.

1. Il concetto di dolore psichico

Il medico di fronte ad un dolore che dovrebbe definire "psicogeno", ovvero di origine psichica pura, non ha un modello al quale riferirsi se non quello, molto noto ed obsoleto, della modalità istrionica, atteggiamento teatrale di esprimere un dolore difficilmente definibile, o il modello della somatizzazione, ove un conflitto psichico diventa sintomo, che può essere un dolore.

Vi è però, secondo il mio parere, un modello di dolore psicogeno puro, che tutti conosciamo ed abbiamo sperimentato nella nostra vita: il dolore da lutto.

Il dolore da lutto, prototipo del dolore "dell'anima", è una base utile per capire come un dolore, generato solo dalla psiche, possa ugualmente sconvolgere la vita di una persona e creare anche sintomi che abbiano una rilevanza medica.

Esaminiamo le principali caratteristiche e i sintomi associati al dolore da lutto:

- un "dolore" molto intenso e penoso, difficile da esprimere, in quanto fa riferimento al nostro vissuto profondo e a tutte le emozioni che ci legavano alla persona persa;
- insonnia, caratterizzata da sonno non ristoratore, risvegli precoci o sonno interrotto;
- inappetenza;
- riflessioni pessimistiche sul significato della vita;
- aggressività ambivalente verso la persona scomparsa, "colpevole" dell'abbandono;
- sensi di colpa, spesso irrealistici, per "quanto non si è fatto" per la persona deceduta;
- fantasie suicide;
- rievocazione e rimaneggiamento dei ricordi, che riguardano soprattutto la persona scomparsa;
- atteggiamento pessimistico, temporaneo, verso la vita futura;
- comparsa di sintomi psicosomatici di vario tipo, a seconda della personalità del paziente.

Questi sintomi possono variare per la loro durata e intensità, ma colpiscono comunque persone che, dal punto di vista psicologico, sono "normali": non hanno quindi una conclamata patologia psichica. Colpisce quanto i sintomi elencati

ricordino parecchi dei sintomi della sindrome depressiva, come viene definita nella classificazione psichiatrica (DSM IV).

Il dolore psichico diventa l'origine, nel caso del lutto, di una sofferenza che, a seconda della sua intensità e durata, modifica la vita del paziente, rendendolo vulnerabile verso la "creazione" di nuovi sintomi; fra questi può essere compreso anche il dolore con caratteristiche "somatiche", che possono o meno avere un legame simbolico rispetto al significato che viene attribuito al lutto o alle modifiche psichiche che la perdita comporta. Pensiamo, per esempio, a una somatizzazione che ricordi la malattia che ha portato a morte la persona defunta.

Nella sua pratica quotidiana, il medico si trova frequentemente a contatto con una serie di sintomatologie nelle quali il dolore non ha una pura e semplice origine psicogena ma si complica, nella sua espressività, per le interferenze fra un dolore fisico e le caratteristiche psichiche del paziente.

La percezione e l'elaborazione cognitiva del dolore da parte del paziente vengono influenzate dai vissuti psichici del paziente e dai suoi stati di coscienza.

Può sembrare strano parlare di stati di coscienza, ma in realtà la coscienza è fondamentale per determinare le caratteristiche della percezione del dolore.

2. Lo stato di coscienza

Il dolore è una sensazione che diventa esperienza soggettiva soltanto se si può integrare in uno stato di coscienza integra.

Questa definizione è facilmente condivisa se ci riferiamo agli stati nei quali la coscienza viene abolita o modificata, come negli stati di anestesia e nella trance ipnotica, ma è meno verificabile se ci riferiamo a variazioni di coscienza molto più complesse, come quelle che si verificano nel disagio psichico, spesso in modo del tutto inconsapevole.

È chiaro che qui usiamo un concetto esteso di coscienza, nel quale entrano anche altri aspetti, come l'attenzione, la consapevolezza, fattori fondamentali per determinare l'*arousal* verso il dolore e la sua modulazione con una maggiore o minore attenzione per il dolore. L'attenzione al dolore e la sua rilevanza nella vita del paziente vengono influenzate da molte variabili, la maggior parte delle quali non arriva alla coscienza, ma possono essere identificate con un'accurata ricostruzione anamnestica della storia del paziente.

Se è chiaro che un dolore può essere percepito in uno stato di coscienza integra, è meno chiaro come la coscienza possa interferire con la percezione del dolore.

Le influenze che la psiche del paziente può operare sul dolore avvengono attraverso meccanismi neurofisiologici diversi, nei quali la coscienza può interferire

in vari modi. Malgrado la grande importanza delle esperienze emotive, l'interferenza psicologica sul dolore avviene attraverso meccanismi che regolano la modulazione e la percezione del dolore, ma soprattutto attraverso l'elaborazione cognitivo-valutativa, che rappresenta il più alto livello dell'integrazione psichica, prevalentemente corticale. Molto più raramente, i meccanismi psicologici possono interessare direttamente i meccanismi della trasduzione, nocicezione e trasmissione del dolore come può avvenire negli stati di trance isterica o nell'induzione di una trance ipnotica.

I fattori cognitivi, che provvedono a una elaborazione semantica del dolore stesso, avvengono a un livello integrativo superiore e sono influenzati da fattori diversi:

- fattori affettivi: ansia, rabbia, aggressività e depressione;
- fattori comportamentali: modalità posturali e uso del corpo, rinforzo emotivo dell'inattività, modifica di ruolo, interferenza con il sonno, relazioni interpersonali, "doctor shopping", uso di farmaci;
- fattori cognitivi: credenze e aspettative rispetto alle cause del dolore, patologia e prognosi, influenza di altri fattori personali (economici...), fattori di stress intercorrenti.

Da tutto quanto detto, risulta molto spesso difficile valutare da parte del medico le influenze che la psiche può operare sulla percezione del dolore e, soprattutto, si deve distinguere il vissuto del dolore nel paziente che non presenta problemi psichici da quello in cui vi sono problematiche psichiche in atto, anche se questa distinzione non sempre è perfettamente definita.

3. Il paziente sano, con una vita psichica normale, che si confronta con un dolore improvviso

Per esaminare i vissuti psichici che il dolore comporta in un paziente, dobbiamo capire come il dolore, visto come un fatto nuovo della sua vita, modifichi la sua qualità di vita e il suo benessere, e possa alterare il vissuto corporeo. Un paziente che, in uno stato di benessere psichico e fisico si debba confrontare con un dolore, penserà sempre che il dolore sia un "segnale di allarme" del suo corpo e, quindi, vi sono dei vissuti che il medico dovrà analizzare.

- Il dolore rappresenta un'interruzione dello stato di benessere, quindi la possibilità di una malattia, di un'invalidità.

- Il dolore può avere un diverso significato nella vita del paziente a seconda della sua posizione sociale.

- La sede del dolore può avere un'importanza simbolica e spaventosa per il paziente, specie se qualcosa nella sua storia gli ricorda fantasmi di morte o di malattia di persone a lui care.

Quindi la rassicurazione che viene richiesta al medico è molto ampia e va al di là del significato del dolore e della malattia: coinvolge tutta la vita del paziente e il suo futuro. Anche se non chiaramente espresse, spesso sono sottintese domande fondamentali e angosianti come “Che ne sarà della mia vita?”, “Dovrò affrontare un dolore cronico?”, “Questo dolore annuncia una malattia mortale?” Da quanto detto capiamo che di fronte ad un dolore improvviso, in una persona sana e normale, il medico si trova a dover fare un’opera di rassicurazione ben più ampia che non la ricerca di una causa organica del dolore. In questa rassicurazione iniziale sta la base per prevenire le somatizzazioni e le cronicizzazioni di dolori che spesso non hanno una chiara origine organica, ma che, frequentemente, sono una distorsione percettiva di sensazioni recettoriali normali, che vengono vissute in un modo ansioso e angosciato, come vedremo in seguito.

4. Il comportamento di fronte al dolore del paziente che presenta un disturbo psichico

Nella dizione “disturbo psichico” sono compresi malati molto diversi tra loro: possiamo spaziare da un leggero disturbo nevrotico ad una grave psicosi completamente invalidante sul piano cognitivo. Dobbiamo quindi elencare una sommaria suddivisione che ci permetta di capire come i disturbi psicologici e psichiatrici possano alterare la percezione o il vissuto del dolore. Oltre all’interferenza fra il dolore e la sua percezione, vi è poi l’influenza che il dolore può comportare nella vita del paziente rispetto alla sue condizioni di vita: pensiamo al diverso significato che un leggero dolore artrosico alle mani può aver su un paziente normale e su un paziente che nella vita si sia realizzato come pianista.

Se consideriamo dei pazienti in qualche modo inquadrabili in definizioni di tipo psichiatrico, possiamo elencare alcune caratteristiche che possono far capire meglio come il disturbo psichico moduli e modifichi la percezione del dolore.

Questi criteri, altrove esposti più ampiamente (Mombelli, 2000), possono essere così schematizzati.

Paziente ansioso

- Vi è un ipertono adrenergico e noradrenergico che esalta l’attenzione, ma non modifica la localizzazione del dolore
- La soglia del dolore è diminuita, ogni dolore viene esaltato dallo stato ansioso
- Vi è ipermotilità viscerale, emotivamente condizionata
- Irritabilità psichica, che condiziona l’esaltazione di ogni sensazione viscerale e/o dolorosa, le percezioni fisiologiche possono diventare dolore emotivamente condizionato

Paziente depresso

- Sregolazione della modulazione serotoninergica e di altri mediatori
- Irritabilità psichica molto forte, che esalta la percezione psichica di ogni sensazione dolorosa, con una particolare esaltazione delle sensazioni cinestesiche (vertigini)
- Il dolore perde la sua collocazione corporea, diventa "corticale", psichico, diventa "preoccupazione esistenziale"
- Nella depressione grave vi può essere un'attivazione importante del sistema neurovegetativo, che condiziona dolori addominali da ipersensibilità viscerale

Paziente isterico (con tratti istrionici)

- Patologia prevalentemente femminile
- Il dolore viene descritto in modalità "teatrale", viene esaltato e usato come messaggio per esprimere conflittualità psichiche
- Non vi sono alterazioni di neuromediatori, a meno che non coesista ansia
- Le sedi del dolore sono atipiche, vaganti, talvolta del tutto strane, in quanto seguono concetti di "medicina personale" del paziente stesso (anestesia a guanto)
- Sono spesso presenti sintomi pseudoneurologici
- Vi sono spesso sintomi sessuali

Paziente psicotico

- Il sintomo, e anche il dolore, è descritto in modo "fiabesco"
- Non vi è logica medica nella sintomatologia
- Le remissioni seguono l'andamento della malattia psichiatrica
- Vi sono profonde alterazioni del sonno, che seguono le fasi della malattia e possono comportare un peggioramento della soglia del dolore
- L'emotività relativa al sintomo non è congrua

Paziente che somatizza

- La vera e grave somatizzazione è una specie di "delirio" che ha la malattia come oggetto
- Si tratta di un malato che non sa esprimere il dolore psichico e lo trasforma in sintomo somatico
- Il dolore è assurdo, spesso migrante, con partecipazione e vero dolore psichico, che diventa uno stile di vita

Da quanto detto vediamo come la comprensione del dolore psichico, che spesso può precedere di molto tempo l'instaurarsi di un dolore fisico, e la comprensione, da parte del medico, del significato che il dolore ha per "quel"

paziente, siano fattori fondamentali per prevenire la cronicizzazione del dolore.

Molto spesso nella cronicizzazione del dolore si ha l'instaurarsi di modalità percettive alterate, che sono una modalità difensiva verso un rapporto distorto con il proprio corpo, che è compito del medico riportare a modalità non patologiche; questo comporta un "tempo di ascolto" molto attento e prolungato che la medicina troppo spesso non considera.

Bibliografia

DSM-IV American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC

Ashburn MA, Rice LJ (1998) The Management of Pain. Churchill Livingstone, Edinburgh

Gatchel RJ, Turk DC (1999) Psychosocial Factors in Pain. Clinical Perspectives. The Guildford Press, New York

Loeser JD (2001) Bonica's Management of Pain. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Mayou R, Bass C, Sharpe M (1995) Treatment of Functional Somatic Symptoms. Oxford University Press, Oxford

Mombelli F (2000) Inquadramento clinico del dolore psicogeno. In *Il dolore e la mente* (ed. MA Tiengo), Capitolo 5, Springer-Verlag, Milano

Mombelli F (2001) Il dolore nel paziente con disturbi psichici. In *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale* (ed. MA Tiengo), Capitolo 18, Springer-Verlag, Milano

Sternbach RA (1986) The Psychology of Pain. 2nd ed. Raven Press, New York

Wall PD, Melzack R (1999) Textbook of Pain. 4th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh