

# **L'IMPOSTAZIONE DI UNA RICERCA/INTERVENTO IN UN AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE DI UN POLICLINICO UNIVERSITARIO**

*Federica Aiudi, Stefano Daprile, Adriana Mascaro, Domenico Arturo Nesci.*

## **Introduzione**

Dal 2002 hanno fatto il loro ingresso, come tirocinanti, al Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”, gli specializzandi della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (SIPSI). Dopo una prima fase di ambientamento nel Servizio di Consultazione Psichiatrica, diretto dal Prof. Pietro Bria, gli allievi hanno cominciato a seguire pazienti oncologici nei reparti di degenza, sempre con la supervisione di uno di noi, ed a perfezionarsi in Psico-Oncologia frequentando i Corsi dell’Università Cattolica. In questo modo è stato possibile, anno dopo anno, con gradualità, affiancare nelle équipes dei reparti e dei Servizi alcuni tirocinanti (psicologi, psico-oncologi) che si sono rivelati risorse umane preziose nello stesso tempo in cui proseguivano e approfondivano la loro formazione professionale.

Nel 2009, durante il classico “giro” del venerdì pomeriggio, il gruppo dei tirocinanti ha incontrato la Professoressa Adriana Mascaro che ha chiesto spontaneamente al Tutor del tirocinio se due psicologi potessero svolgere il tirocinio nell’Ambulatorio di Terapia del Dolore, di cui è Responsabile. Si è concordato così un incontro per l’avvio di una collaborazione. Nei mesi successivi due di noi hanno iniziato un periodo di osservazione presso l’ambulatorio di Terapia del Dolore, all’interno del Policlinico “Gemelli”. Da questa prima fase osservativa è nata l’idea di avviare una ricerca/intervento che migliorasse la gestione olistica dei malati con dolore e contribuisse allo studio delle problematiche mente/corpo in questo campo.

In questo lavoro ci limitiamo a riportare alcuni dati di rilievo della Letteratura scientifica sul dolore, che abbiamo ripercorso prima di avviare la nostra osservazione nell’ambulatorio, ed il protocollo di ricerca. Ci ripromettiamo, in un lavoro successivo, di pubblicare i risultati preliminari della nostra ricerca/intervento, coinvolgendo nella discussione tutta l’équipe interdisciplinare e quindi prendendo in considerazione non solo la prospettiva degli operatori “psi” (psicologi, psico-oncologi, psichiatri) ma anche quella delle altre figure professionali (medici e infermieri) che lavorano nell’ambulatorio di Terapia del Dolore.

## **Il dolore come complessità non definibile**

Se prendiamo in esame tutte le definizioni scientifiche sul dolore nessuna sembra essere completa. Si tende sempre a privilegiare un aspetto piuttosto che l’altro e permane sempre un vuoto nella comprensione olistica del dolore. Aristotele definì il dolore “un’emozione opposta al piacere”, Patrick Wall “uno stato di necessità” che richiede un immediato programma di risposta per soddisfarlo. Il dolore è “una percezione violenta e sgradevole che provoca una repentina alterazione emotiva del soggetto ed una coerente risposta comportamentale di difesa”, è quindi “l’avvenuta presa di coscienza di un messaggio nocicettivo” (Tiengo, 1998).

Attualmente è generalmente accettata la definizione proposta dall’Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) secondo cui “Il dolore è un’esperienza sensoriale ed emozionale

spiacevole, legata ad una lesione tessutale potenziale o reale...”. Questa definizione pone l’accento sul doppio aspetto percettivo ed affettivo dell’esperienza dolorosa. Si deve, infatti, distinguere tra nocicezione, comprendente i processi che regolano la trasduzione, la trasmissione e la modulazione degli stimoli nocicettivi nel sistema nervoso, e dolore, termine che fa riferimento all’esperienza percettiva cosciente.

È sembrata utile in ambulatorio l’attenzione alla teoria di Melzack e Casey, secondo cui la percezione del dolore e la risposta al dolore sono il frutto di un fenomeno complesso e multidimensionale nel quale interagiscono tre dimensioni: sensitivo-discriminativa, affettivo-emozionale e cognitivo-valutativa, ciascuna delle quali è elaborata indipendentemente, ma può influenzare le altre.

La componente *sensitivo-discriminativa* corrisponde alla sensazione ed è responsabile della localizzazione dello stimolo e della discriminazione della sua qualità ed intensità. La componente *affettivo-emozionale* corrisponde al modo in cui il paziente esprime il dolore; produce spiacevolezza, attenzione selettiva verso il dolore e desiderio di porvi fine; prende il sopravvento negli stati dolorosi cronici e particolarmente nei dolori psicogeni. La componente *cognitivo-valutativa* corrisponde alla riattivazione di un certo numero di credenze (idea che il paziente ha sulle cause, sui meccanismi e sulla terapia) ed al significato che il paziente dà al suo dolore; è legata a fattori educativi, culturali e sociali. Il dolore è generalmente distinto in acuto e cronico, ma esistono controversie sull’interpretazione dei due termini.

La suddivisione in dolore acuto e cronico è fonte di incertezze e confusione, per questo sarebbe meglio la distinzione in transitorio e permanente, intendendo quest’ultimo come un dolore che non tende a scomparire in modo definitivo, nonostante la terapia.

Teodori e Galletti propongono di suddividere le sindromi algiche in “fisiologiche” e “patologiche”. Il dolore fisiologico o nocicettivo, poiché insorge per l’attivazione di nocicettori, è un dolore-sintomo, mentre il dolore patologico o neuropatico, poiché prodotto da lesioni del sistema nervoso, è un dolore-malattia. Il primo è segno di allarme verso un’aggressione tessutale dannosa per l’organismo, spesso legata ad un processo infiammatorio, ed è prerogativa del dolore acuto. Il secondo è invece un’alterazione legata ad un’aberrazione nel processo somatosensoriale e si configura come un dolore cronico.

Le risposte individuali possono essere determinate da processi attivati entro il primo giorno dalla lesione: piccole differenze nelle fasi iniziali dell’esperienza dolorosa, cioè nell’intensità, nella qualità e nel significato dello stimolo nocicettivo, nel sostegno dei familiari e nella quantità degli eventi di vita stressanti contingenti, possono produrre differenze enormi nella maniera in cui questo processo si esplica. Per esempio alti livelli di ansia e stress, cognizioni negative e pessimistiche nei pazienti prima di un intervento chirurgico predicono dei mediocri o pessimi decorsi clinici.

In questo contesto emerge una entità, il dolore, che mal si presta alla condizione di aut-aut che la mente umana, e quindi la società, ci impone. L’eziologia corporea o psichica deve lasciare il posto ad una visione più integrata del sintomo, e ad un contatto più profondo con le esigenze che il paziente comunica con il sintomo dolore.

## **Il periodo di osservazione**

Dopo una riunione preliminare del gruppo di ricerca, due di noi (specializzandi in psicoterapia della SIPSI) hanno iniziato un periodo di osservazione nell’ambulatorio di Terapia del dolore. L’osservazione è stata ovviamente preceduta da un incontro informale tutti i membri dell’équipe interdisciplinare che si è venuta a costituire (medici anestesisti, infermieri, psicologi). In un secondo tempo si è presentata la proposta di un protocollo di ricerca/intervento (che viene riportata nel paragrafo successivo).

Osservare deriva dal latino *observare*, da *ob* che ha il senso di avanti, sopra, attorno, e *servare*, che significa conservare, custodire, salvaguardare, seguire, osservare, anche nel significato di avere

una visione da più prospettive (sopra, attorno, ecc.). Abbiamo dunque inteso in questo contesto l'attività di considerare, di guardare diligentemente, tanto con gli occhi fisici, che con quelli della mente. Infatti, tale fase è stata essenziale per esplorare il contesto, sia da un punto di vista logistico-strutturale che dinamico-relazionale con l'équipe, e la tipologia di utenza afferente all'Ambulatorio.

Durante questo periodo si è raggiunto un ottimo rapporto con tutta l'équipe, composta da medici specialisti e specializzandi in Anestesia e Rianimazione ed infermieri, non solo da un punto di vista umano, ma anche professionale. Tra un paziente e l'altro, infatti, ci si scambiava impressioni, idee, informazioni, e si avviava un percorso di integrazione dei diversi punti di vista delle varie figure professionali. Si iniziava così un percorso di reciproca comprensione dell'obiettivo specifico di ognuno e delle relative necessità per lavorare nelle condizioni migliori. L'appoggio incondizionato da parte dei medici è derivato dalla loro convinzione della necessità di sostegno psicologico a molti dei pazienti lì afferenti, e da alcune loro precedenti ricerche sul rapporto tra dolore e disagio psichico. Questo dato, aggiunto a mesi di scambi di riflessioni, pareri e dati scientifici tra i medici gli infermieri e gli psicologi, ha naturalmente permesso un processo di integrazione dell'équipe. Dopo circa sei mesi di osservazione il protocollo di ricerca era stato rimodellato e meglio definito nei seguenti obiettivi: studiare le relazioni tra il dolore, l'ansia e la depressione, esplorare la possibilità di costituire dei gruppi multidisciplinari, con funzioni sia di supporto che pedagogiche, con apporti di tutte le figure professionali dell'équipe (medico anestesista, infermiere, psicologo).

Si è deciso di stabilire un tempo zero per l'inizio della ricerca/intervento e prendere in esame solo le prime visite per seguire sin dall'inizio i progressi del trattamento. Al primo accesso al Servizio, dopo la visita medica, l'anestesista presenta uno dei due psicologi (specializzandi in psicoterapia) e gli affida il paziente per un breve colloquio finalizzato sia al sostegno delle difficoltà emotive che il dolore comporta che alla comprensione psicodinamica delle cause che hanno scatenato o che mantengono il dolore. Il colloquio ha una durata variabile, dai 20 ai 50 minuti, a seconda della collaborazione del paziente e della sua motivazione a questo approccio. Infine, vengono somministrati lo STAI-Y, forma 1 per l'ansia di stato, e forma 2 per l'ansia di tratto e, dopo l'uscita del paziente dalla stanza, si procede a compilare anche l'Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).

## Il protocollo

### Premessa

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) e secondo l'O.M.S., il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. Esso non può essere descritto veramente come un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la composizione di una parte *percettiva* (la nocicezione), che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo, e di una parte *esperienziale* (quindi del tutto privata, la vera e propria esperienza del dolore), che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

L'esperienza del dolore è quindi determinata dalla dimensione affettiva e cognitiva, dalle esperienze passate, dalla struttura psichica e da fattori socio-culturali.

Il dolore è fisiologico, un sintomo vitale/esistenziale, un sistema di difesa, quando rappresenta un segnale d'allarme per una lesione tissutale, essenziale per evitare un danno. Diventa patologico quando si automantiene, perdendo il significato iniziale e diventando a sua volta una malattia (sindrome dolorosa) (Mannion & Woolf, The Clinical Journal of Pain, 2000).

In riferimento a tali premesse, vi sono ben poche informazioni sulle caratteristiche del dolore provato da questi pazienti; in realtà sarebbe molto importante sia sapere che tipo di dolore il clinico può aspettarsi, sia come il paziente vive, esperisce il suo dolore. La sintomatologia dolorosa, infine, sarebbe accompagnata più di frequente da sintomi di tipo ansioso nei quadri acuti, da sintomi depressivi nelle forme croniche.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV) inserisce la depressione all'interno dei disturbi dell'umore, venendo intesa come un affidabile indice predittivo di disabilità, correlandosi negativamente con il supporto sociale percepito e con l'adattamento psicologico; la sintomatologia depressiva, inoltre, si associa all'uso prevalente di strategie disfunzionali di coping, principalmente passivo-evitanti. La depressione, intesa sia come aspetto sintomatico che come disturbo psichiatrico, è diffusamente riscontrata nei soggetti affetti da sintomatologie dolorose ed appare correlata agli indici di disabilità, di adattamento e di benessere psicologico.

Con il termine ansia, invece, si vuole indicare "l'anticipazione improvvisa di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnati da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno" (American Psychiatric Association, 1995, 825).

Gli studi relativi alla fenomenica ansiosa nell'ambito delle patologie del dolore sono meno numerosi; l'ansia appare comunque maggiormente rappresentata nei campioni di soggetti con sintomatologia dolorosa rispetto ai controlli su soggetti sani. Sulla base delle evidenze presenti in letteratura il nostro lavoro ha lo scopo di indagare i livelli di ansia e di depressione in una popolazione di soggetti affetti da dolore. La valutazione è stata condotta su diversi tipi di pazienti differenziati in base alla diversa eziopatogenesi (autoimmune, cronico-degenerativa, tumori, traumatologica-chirurgica).

### Campione

Saranno valutati all'interno di tale indagine soggetti sia maschili che femminili, compresi in una fascia di età che va dai 18 anni in su, afferenti presso l'Ambulatorio di Terapia del dolore, presso il Policlinico "Agostino Gemelli" come prima visita.

### Obiettivi

- eseguire un'indagine statistica per verificare la possibile correlazione fra la presenza di sintomatologia dolorosa e contemporaneamente di disturbi dell'umore e/o di ansia;
- intervenire, nello stesso tempo, su tali disturbi con un approccio che integra il supporto psicologico alla terapia medica.

### Strumenti

Ciascun paziente coinvolto nello studio verrà sottoposto ad un colloquio clinico; nella stessa occasione, ad ogni paziente verranno somministrati i seguenti test:

- Lo "State-Trait Anxiety Inventory" (S.T.A.I.) di C.D. Spielberger, per rilevare l'ansia di "stato" e l'ansia di "tratto". L'ansia di stato (State anxiety): indica uno stato emotivo transitorio di un individuo in una particolare situazione. ansia di tratto (Trait-anxiety): riflette una variabile di personalità che caratterizza stabilmente l'individuo e lo differenzia dagli altri nella propensione a rispondere con elevati livelli d'ansia a situazioni percepite come pericolose.

- HAM-D: la Hamilton Rating Scale For Depression (HRSD o HAM-D) è una scala che fornisce un modo semplice per valutare quantitativamente la gravità delle condizioni del paziente e per documentare le modificazioni di tali condizioni. In riferimento alla struttura la scala è composta da 21 item. I primi 17 item sono quelli più significativi per la depressione, su questi viene solitamente definito il cut-off di gravità che viene così schematizzato: > 25 depressione grave, 18-24 depressione moderata, 8-17 depressione lieve, <7 assenza di depressione. Gli item sono valutati diversamente: alcuni (10) su di una scala a 5 punti (0-4), altri (2) su di una scala a 4 punti (0-3) ed i rimanenti 9 su una scala a 3 punti (0-2).

### Modalità operative

Il lavoro in generale si compone di due parti:

- Inizialmente sarà interessato dalla rilevazione dei soggetti campione e dall'indagine statistica su di essi;
- Successivamente verranno costituiti dei piccoli gruppi di informazione e di elaborazione dei vissuti del dolore, per intervenire in maniera multidisciplinare sulla patologia.

In particolare, nella prima fase i soggetti verranno presi singolarmente e dopo aver effettuato la prima visita con l'equipe di medici anestesisti, effettueranno un colloquio con due psicologi, ove verranno raccolti tutti i dati e somministrate le scale.

Nella seconda fase, quindi, dopo aver analizzato le correlazioni statistiche fra sintomatologia dolorosa e disturbi di ansia e/o depressione, verranno condotti degli incontri informativi e di elaborazione dei vissuti del dolore, in cui saranno presenti diverse figure professionali (medico, psicologo, infermiere).

### Prime impressioni

Dai colloqui, ma anche dalle discussioni con i membri dell'equipe, sono emerse molte riflessioni sul dolore dei pazienti, oltre a realizzarsi un'attività di formazione reciproca, tra le diverse professionalità. Cercheremo di riassumerle in questo e nei prossimi paragrafi.

Molti pazienti vanno incontro ad importanti cambiamenti del comportamento emozionale ed affettivo: l'ansia del dolore acuto è spesso sostituita da una depressione reattiva e da ipocondria unita a somatizzazioni dell'ansia. Questo quadro psicopatologico è stato definito da Pilowsky "abnormal illness behavior". Molti pazienti perdono interesse nelle attività sociali ed il dolore diventa il pensiero dominante della loro vita. Talvolta insorgono problemi con familiari ed amici; i pazienti sono incapaci di lavorare, o perdono il loro lavoro, e quindi diventano (e si sentono) un peso per la famiglia ed il loro ambiente. Il dolore cronico diventa, quindi, un problema di notevole impatto sociale ed economico.

Il dolore, poi, è anche sintomo comune alla maggior parte delle malattie; assume caratteristiche temporali (acuto, cronico, intermittente ecc.), spaziali (localizzato, diffuso, superficiale, profondo) e qualitative (urente, puntorio, ecc.) che possono aiutare ad interpretarne l'origine, la condizione clinica, quindi, che ne è alla base. La sua presenza in tutte le condizioni patologiche comporta nei pazienti l'innescò di innumerevoli fantasie, a volte deliranti, sulla genesi dei loro sintomi.

Ma con il termine dolore si è soliti indicare anche quelle condizioni di sofferenza psichica che non conseguono ad una attivazione di predeterminate vie dolorifiche, ma che risultano essere una particolare modalità di esperire la propria esistenza. Il dolore, quindi, come sofferenza, come disagio.

Una netta distinzione tra dolore organico e psichico non è in realtà proponibile in quanto i fenomeni somatici e psichici sono correlati in maniera indissolubile. Sappiamo infatti che anche il dolore di origine organica, quello dove è accertata la presenza di un danno, viene percepito in maniera diversa da individui diversi o dallo stesso individuo in condizioni diverse. La nostra fortuna è di poter vedere di persona come eguali patologie, o interventi chirurgici identici siano stati vissuti in modo diverso, ed il decorso abbia notevoli diversificazioni in base ai tratti di personalità del paziente

Il dolore ha, quindi, delle caratteristiche di plasticità ed i fattori che possono assumere il ruolo di modulatori sono molteplici: motivazione alla sopportazione (ad es. nel parto), ritualizzazione, paura, stressors di varia natura. Le caratteristiche di personalità, sia nell'ambito della normalità (diversità caratteriali) che della patologia (sia nevrotica che psicotica), sono importanti nel determinare la percezione del dolore.

D'altro canto esiste la possibilità che il dolore lamentato con le caratteristiche tipiche del dolore organico sia dovuto, in assenza di evidenti lesioni d'organo, ad una conversione isterica, oppure, in concomitanza di un evidente danno d'organo, ad una condizione di somatizzazione.

Il dato che accomuna queste diverse manifestazioni del dolore è la sua possibilità di lettura in un quadro nosografico psichiatrico chiaro. Nell'ambito della nevrosi isterica la manifestazione somatica può essere interpretata in base al suo significato simbolico: la scelta dell'organo sarà determinata dalla dinamica psicopatologica che sostiene il disturbo stesso ed è possibile evidenziare l'utile primario (come possibilità di un nuovo, ovviamente patologico, equilibrio intrapsichico) e l'utile secondario (come possibilità di controllo sull'esterno). Ricordiamo che nell'ambito della nevrosi isterica le sindromi algiche debbono essere considerate distinte dalle conversioni somatiche e da quelle psichiche: il dolore, lo abbiamo già detto, è un'esperienza che accomuna lo psichico e il somatico e la sindrome algica dell'isterico tende ad avere caratteri di gravità e ingravescenza che possono indurre la messa in atto di interventi medico-chirurgici inopportuni, sia per il risultato esclusivamente lesivo e non curativo, sia per il contributo offerto al paziente in direzione della cronicizzazione del dolore (Lalli, 1991). Ciò è stato visto da noi psicologi in alcuni pazienti afferenti in ambulatorio, i quali avevano affrontato degli interventi chirurgici totalmente inutili, quindi con la complicità dei chirurghi, per strane sintomatologie che persistevano anche dopo le operazioni.

## **Il dolore psicogeno**

Il dolore psicogeno può esprimersi, quindi, in contesti psicopatologici che sottendono livelli crescenti di regressione (Brisset, 1972), livelli dove l'espressione somatica del disturbo assume via via importanza maggiore e sostituisce il sintomo psichico (inteso come alterazione di vissuti, affetti ecc.). La comprensione del sintomo, intesa come disvelamento della relazione tra la sfera psichica e quella somatica, sarà più facile nella nevrosi, più difficile nel disturbo psicosomatico.

Una prima questione che possiamo porci è che tipo di correlazione esiste tra il decorso di un dolore da patologia organica e modalità di risposta al disturbo stesso. Verificato che il sintomo dolore abbia cause organiche descritte e accertate, la particolare struttura di personalità può avere un peso significativo sulla percezione del dolore stesso e sulla compliance riguardo la terapia attuata (e quindi sulla possibilità di una risoluzione del dolore). Nelle condizioni, ad esempio, di reazione depressiva di adattamento a malattie organiche può verificarsi che il quadro psicopatologico che viene a determinarsi con l'emergenza di vissuti, quali la perdita di speranza e la riduzione dell'autostima, diminuisca la reattività dell'individuo alla malattia e amplifichi il livello di sofferenza: viene, di conseguenza, compromessa la possibilità di cura. In questo caso, se è improprio parlare di dolore psicogeno in senso stretto, bisogna tener conto dell'importanza della componente psichica nella manifestazione della malattia e nella cronicizzazione del sintomo.

Un ultimo aspetto può riguardare l'influenza (non in senso etiologico) di un preesistente stato psicopatologico nell'andamento di una patologia organica. E' verosimile che la percezione dei sintomi, soprattutto quelli algici, possa essere amplificata, anche come conseguenza di un abbassamento della soglia del dolore. Il sintomo insorto, pur se di natura non psicogena, può integrarsi nella dinamica della psicopatologia sostenendo il ruolo di utile secondario. In un individuo depresso la presenza del sintomo dolore può rappresentare una nuova occasione per rafforzare i rapporti di dipendenza già presenti.

Esempi di dolore psicogeno visti in ambulatorio si riscontrano nei pazienti con lombalgie e cefalee.

Il dolore lombare è una condizione clinica che si presenta molto frequentemente in ambulatorio. La tendenza alla cronicizzazione di questo disturbo, anche nei casi in cui sia stata attuata una terapia correttiva della condizione che sostiene il sintomo (es: discectomia nelle patologie erniarie) è piuttosto alta. Wilkinson (1983) ha introdotto il concetto di "failed back syndrome" per descrivere la condizione clinica di dolore lombare cronico (da qui in poi utilizzeremo l'acronimo inglese CLBP: chronic low back pain) successiva ad un prollasso discale: una percentuale di pazienti, che in diversi studi è stimata oscillare tra il 10% e il 60% [12], presenta questa sindrome dopo interventi chirurgici o conservativi per patologia discale. Si è messo in evidenza, quindi, che, anche quando la causa del dolore lombare è conosciuta e corretta, alcuni individui continuano a lamentare il disturbo algico.

Di conseguenza si è posto il problema di poter discriminare quei pazienti che, con buona probabilità, non possono aver vantaggi dalla terapia correttiva ma per i quali è necessario un approccio diverso che tenga conto dei fattori psichici correlati con l'insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Sin dagli anni '70, tramontata la tesi prevalente nei decenni precedenti che il dolore lombare avesse, in alternativa, o origine psicogena o origine somatica, sono stati condotti numerosi studi con lo scopo di mettere in evidenza la presenza di disturbi psichici in soggetti portatori di CLBP. Questi studi hanno dimostrato, indipendentemente dalla etiopatogenesi del dolore lombare, una alta prevalenza di pazienti con turbe psichiche, probabilmente responsabili, se non della genesi, del decorso naturale e/o della compliance alla terapia.

Il decorso di una patologia organica in un individuo sano da un punto di vista psichico sarà legato, fondamentale, alle caratteristiche della patologia in esame; se guaribile, o perlomeno curabile, rappresenterà un episodio contingente che non interferirà sulla organizzazione della personalità dell'individuo. Diversa è la situazione in cui il disturbo insorge in un individuo che presenta una struttura di personalità francamente o latentemente patologica: in questo caso il disturbo viene "integrato" nel vissuto del paziente, che lamenterà non l'"avere" un disturbo ma il suo "essere malato". Il sintomo e l'eventuale accertamento di una patologia organica verranno vissuti come palesamento di uno star male che in precedenza, in virtù della sua espressione esclusivamente psichica, era ancora poco evidente e condivisibile.

In questo senso, come vedremo, non è un caso che il disturbo depressivo risulti essere il più frequentemente associato al CLBP: il bisogno di legare a sé l'altro, il rallentamento psicomotorio, l'astenia caratteristici del vissuto del depresso, ben si correlano ad un disturbo. In ambulatorio, taluni pazienti con dolore lombare persistente (operati e non) mostrano già durante la visita medica segni evidenti di una depressione lieve o moderata: ma è nel colloquio psicologico che emergono ulteriori informazioni che rendono assolutamente palese la forte componente psichica nella permanenza del dolore, con racconti di disagi familiari, lavorativi, o sociali, più o meno espliciti. Quando, invece, i pazienti si oppongono a qualsivoglia spiegazione di un'influenza psichica nel loro dolore, e quindi sono restii a parlare delle difficoltà personali affrontate nel passato e/o nel presente, si riesce comunque a rintracciare nel loro stile di pensiero una tendenza alla dipendenza ed alla depressione reattiva se non addirittura una depressione preesistente. Ciò risulta anche dai punteggi del HRSD.

È, quindi, possibile che all'anamnesi generale si possa rilevare la presenza di un disturbo depressivo (per la presentazione di sintomi specifici: astenia, insonnia, inappetenza ecc.) che ci

indirizza, alla pari dei sintomi inappropriati, ad un approfondimento delle problematiche psicopatologiche, ma è altresì possibile che, senza precedenti episodi depressivi in anamnesi, ci si trovi di fronte ad un carattere depressivo (Lalli, 1991) e che quindi l'insorgenza della lombalgia possa determinare la slatentizzazione del disturbo. Il depresso tenderà ad integrare la malattia nel proprio vissuto, a sentirsi malato e ad offrirsi agli altri come malato. Il sintomo si offre a rafforzare la tendenza alla dipendenza dall'esterno che, già implicita nel carattere, trova una ragione manifesta per esprimersi.

La componente psicogena che sostiene il dolore assume quindi nel depresso un ruolo importante.

L'intervento correttivo sul danno organico (prolasso, ernia discale ecc.) può non dare i risultati attesi. Infatti:

1. il quadro potrà restare immutato, inducendo spesso a reiterare l'intervento;
2. il decorso post operatorio potrà avere una durata anomala;
3. si potrà avere un peggioramento dei risultati (il paziente lamenterà un incremento della sintomatologia algica).

Nell'ultimo caso si può avere un peggioramento del quadro depressivo o un franco risvolto paranoide, soprattutto verso coloro che sono ritenuti responsabili del peggioramento (i medici, appunto). L'ambulatorio di terapia del dolore risulta spesso l'ultima speranza sia per pazienti, ma anche per molti specialisti, interni ed esterni al Policlinico, i quali, conoscendo le innovative modalità di lavoro del Servizio, inviano lì i loro pazienti su cui spesso anni di terapie, ed in alcuni casi di interventi chirurgici, sono risultati inefficaci e frustranti. La frustrazione del medico spesso si scarica su di un paziente già frustrato dalla inefficacia delle cure, o dell'intervento, ed il tutto arriva come una carica esplosiva nell'ambulatorio. Lo stress percepito dalle anestesiste è quindi elevato in quanto oggetti su cui si proiettano non solo le ultime speranze di persone invalidate da mesi o anni dal dolore, ma anche le frustrazioni, la sfiducia e la rabbia verso la categoria dei medici. Tale situazione delicata richiede un lavoro di accoglienza ed ascolto che le dottoresse (forse non a caso sono tutte donne) mettono in pratica in maniera eccellente, ma anche un'abilità nello stemperare quella condizione di sfiducia e pessimismo che costituiscono fattori negativi rispetto a qualsiasi intervento e risoluzione del sintomo.

In tale contesto sono emerse delle discussioni sul ruolo fondamentale anche dei Medici di Medicina Generale (MMG), ai quali si presentano categorie di pazienti con sintomi funzionali caratterizzati frequentemente da una depressione sub-clinica. La sottostima diagnostica della depressione nei pazienti con sintomi esclusivamente fisici diventa, contemporaneamente, fonte di insoddisfazione per il paziente, che richiede continuamente interventi diagnostici e terapeutici, e di burn-out per il MMG, sottoposto a richieste inopportune, clinicamente irrazionali e spesso pressanti (3). Così la malattia spesso progredisce per anni prima che venga riconosciuta e trattata, magari in un ambulatorio di Terapia del Dolore. Molti pazienti, inoltre, sottovalutano o non riferiscono nessun problema psico-sociale mentre enfatizzano la sintomatologia fisica, spesso dolorosa, come il loro unico problema. In questo contesto clinico è indispensabile che il MMG riconosca il significato dei sintomi fisici funzionali e continui, soprattutto del dolore cronico sine materia.

Una diagnosi precoce ed un opportuno e tempestivo trattamento della depressione mascherata può avere, infatti, enorme importanza clinica sull'evoluzione del quadro patologico e della prevedibile invalidità ad essa correlata. I sintomi fisici sono componenti nucleari della diagnosi di disturbo depressivo maggiore, secondo i criteri diagnostici del DSM IV TR. Questo manuale diagnostico, come molti altri sistemi nosografici, descrive i sintomi della depressione includendovi: disturbi gastro-intestinali, disturbi sessuali, disturbi dell'appetito, cefalea, fatica, disturbi del sonno, dolori somatici diffusi e continui. Kroenke et al. (1994) hanno evidenziato che più aumenta il numero dei sintomi somatici lamentati e la loro durata nel tempo, maggiore è la probabilità che



derivino da una sintomatologia depressiva. La depressione è, inoltre, clinicamente rilevante in oltre il 50% dei pazienti con dolore cronico (Ruoff, 1996).

## **Il dolore nei pazienti oncologici**

È chiaro che gli elementi indicati sulle complicazioni post-operatorie sono fortemente ampliati nei pazienti oncologici, ed in particolare in chi si appresta al percorso finale in attesa di essere affidato all'iter delle cure palliative.

Un'altra situazione che il paziente terminale si trova ad affrontare in seguito alla dipendenza fisica e sociale è la riattivazione di ogni genere di problema non risolto prima e il riaffiorare di questioni personali mai portate a termine, che spesso interessano il rapporto con gli altri. Nel prendersi cura del malato non si deve dimenticare la sua famiglia che ha bisogno di essere educata, sostenuta e confortata per poter aiutare l'ammalato in tutto l'iter della malattia fino al decesso ed anche successivamente, nell'elaborazione del lutto (Nesci, 2009). La valutazione e il trattamento dei pazienti con neoplasia e dolore richiede un approccio multidisciplinare che include la conoscenza dei meccanismi neurofisiologici e dell'eziopatogenesi del dolore, l'identificazione di sindromi dolorose, la conoscenza della storia naturale e delle possibilità di trattamento del tumore, il riconoscimento non solo delle componenti biologiche, ma anche di quelle psicologiche di ogni sintomatologia. Da oltre un ventennio il controllo efficace del dolore, in particolare nei pazienti in fase terminale, è uno dei punti cardinali del programma oncologico dell'OMS, accanto alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce e alla terapia (WHO, 1986). Il dolore compare fino al 50% dei pazienti in trattamento antineoplastico e sale al 70% nei pazienti con cancro avanzato (Bonica, 1985), tuttavia può comparire anche in fase precoce (Twycross, 1982).

Nei pazienti oncologici la stimolazione algica è più frequentemente dovuta alla crescita della massa neoplastica. Naturalmente anche gli interventi chirurgici talvolta invalidanti, e le cure radio- o chemioterapiche comportano una serie di dolori per la risoluzione dei quali sono spesso chiamati in causa i medici dell'ambulatorio di Terapia del Dolore. È risultato finora difficile avere colloqui con i pazienti oncologici afferenti in ambulatorio. Molti sono pazienti interni, quasi sempre in carrozzella, che devono tornare presto in reparto.

Tra i pochi pazienti esterni, invece, solo ad uno è stato possibile effettuare il colloquio psicologico. Questi ha subito due interventi per rimuovere una forma rara di tumore alle cavità nasali, e sembra che le cure stiano avendo buoni risultati. Le sensazioni vissute con questo paziente sono state diverse, più impegnative rispetto agli altri pazienti ricevuti. Il paziente non aveva semplicemente un dolore, ma aveva affrontato l'intenso terrore della possibilità di morire, sconvolgendo drasticamente la sua condizione di "intoccabile" da parte del cancro. Le sue riflessioni si soffermavano sempre sulla traumatica scoperta della sua vulnerabilità, trasmettendo nel vissuto dello psicologo dosi di ansia più elevate rispetto ai colloqui con pazienti non oncologici con dolori, post-operatori e non, più intensi. Questo paziente ha inoltre una interessante cefalea, emersa a distanza di due mesi dall'ultimo intervento, ed un mese prima della visita di controllo. In effetti, è emersa nel colloquio la sua paura, ma anche una velata rassegnazione, alla possibilità che ritornino delle metastasi. La sua condizione preesistente di intensa dipendenza dalla moglie si è intensificata dopo la scoperta del tumore, e lo ha portato ad una serie di comportamenti anomali che mal si prestano ad un recupero psichico ottimale. Un esempio è dato dalla sua grave miopia e dal suo aver abbandonato gli occhiali "tanto c'è mia moglie che mi guida". Ciò può essere un ulteriore fattore facilitante gli episodi di cefalea, oltre, naturalmente, alle dinamiche interne da elaborare in merito all'impatto con la sua vulnerabilità.

Sarà, dunque, un altro interessante capitolo della ricerca ciò che Foley (1979) aveva cominciato a studiare: la presenza di dolore in pazienti oncologici non collegabile né alla malattia né alle terapie farmacologiche.

L'analisi degli aspetti psicologici implicati nell'esperienza dolorosa, soprattutto se intensa, cronica o maligna, richiede un approccio che si sviluppi su molteplici dimensioni; approccio che è fortunatamente possibile in ambulatorio di Terapia del Dolore.

Relativamente più numerosi sono i famigliari di pazienti oncologici. Anche con questi pazienti sono emersi casi interessanti in cui l'esordio del dolore appare connesso strettamente all'insorgere del tumore in un loro parente (più frequente il coniuge). Ad esempio abbiamo effettuato dei colloqui a delle pazienti con delle cefalee emerse poco dopo la diagnosi oncologica ai loro rispettivi mariti.

Una considerazione merita la denominazione con cui, quasi tutti i pazienti con famigliare oncologico, chiamano la malattia che ha colpito il loro parente: il Male.

## Conclusione

L'Ambulatorio di Terapia del dolore assume, quindi, un ruolo cruciale all'interno di un ospedale. Al pari del pronto soccorso, esso è uno snodo privo di barriere concettuali tipiche dei reparti, dove ogni patologia, ogni apparato, e spesso ogni singolo organo, vengono trattati separatamente in un'ottica di contemporanea iperspecializzazione, non di rado con situazioni reali al limite del paradossale. In terapia del dolore è presente invece un'attenzione a 360 gradi alla storia clinica del paziente, il quale può esporre senza limitazioni temporali, tipiche dei reparti di degenza specialistici, qual'è il problema, come lo ha affrontato finora, ed addirittura la sua opinione su ciò che sta vivendo. Il clima interdisciplinare dell'ambulatorio è tale da riconoscere l'importanza delle possibili implicazioni psicologiche, in una dialettica serena in cui l'obiettivo unico non è la fretta della diagnosi e della prognosi, ma la prudente ricerca di una comprensione olistica dell'individuo.

La perdita del ruolo sociale e famigliare e la nascita di nuovi rapporti dipendenti dallo stato di malattia vengono a pesare fortemente sull'emotività del paziente. L'adattamento alle limitazioni fisiche imposte dal progredire della malattia e la conservazione della propria dignità spesso sono resi difficili dalla mancanza di adeguate condizioni socio-ambientali.

I problemi più rilevanti sono quelli psicologici, anche se la connessione con i problemi fisici è in molti casi diretta. Dalle nostre prime valutazioni emerge spesso un problema relativo all'identità che, a seconda delle diverse condizioni fisiche e socio-economiche, si concretizza in differenti aspetti:

- perdita del ruolo nel mondo esterno (lavoro, società)
- perdita del ruolo nell'ambito familiare.

Oltre alla sofferenza e alle conseguenze emotive prodotte dalla malattia e dagli effetti collaterali delle terapie, ritroviamo nell'ammalato:

- la paura che il dolore possa divenire incontrollabile
- la paura di morire di una malattia non ancora individuata
- la paura di perdere l'autocontrollo mentale e/o fisico
- la preoccupazione di perdere il proprio ruolo in famiglia e sentirsi di peso.

Le reazioni emotive più frequenti nei pazienti, indipendentemente dal numero di prestazioni già eseguite, sembrano essere:

- Accettazione, rassegnazione (pazienti con pregresse esperienze di trattamento fallite; pazienti in cui si ritrova un vantaggio secondario prodotto dalla sindrome dolorosa)
- Rabbia impotente (pazienti con pregresse esperienze di trattamento fallite; pazienti con depressione sub-clinica, o depressione preesistente alla sintomatologia)

- Confusione, ansia (pazienti con esordio recente della sintomatologia; possibili conversioni isteriche)
- compromissione, a vari gradi, della capacità di insight.

Resta indiscusso che il fattore psicosomatico, così discusso e difficile da definire, è comunque presente in tutti i casi. Sarà la ricerca, nel corso del suo sviluppo, a renderci più chiari (o meno oscuri) i rapporti tra soma e psiche in questo campo così complesso e variegato.

## Bibliografia

- Bonica J.J., Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields H.L., Dubner F., Cervero F., (eds.) *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. Raven Press. New York. 589-616, 1985.
- Foley K.M., Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica J.J., Ventafridda V. (eds.), *Advances in pain research and therapy*, vol. 2 Raven Press. New York. 59-75, 1979.
- Goldberg DP, Bridges K., Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988; 32: 137-144.
- Hasenbring M. et al., Risk factor of chronicity in lumbar disc patients. A prospective investigation of biologic, psychologic, and social predictor of therapy outcome. *Spine*, v.19, 24 (2759-2765), 1994.
- Henri Ey, P. Bernard e Ch. Brisset, *Manuale di psichiatria*; traduzione diretta da Fabio Visintini. - Torino : UTET ; Parigi : Masson, 1972.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al., *Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774-779.
- Lalli N., *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*. Napoli, 1997.
- Melzack R, Casey KL., *The Skin Senses*. Springfield, IL: Charles C Thomas, pp 423-443, 1968.
- Nesci D.A.: Multimedia Psychodynamic Psychotherapy: a Preliminary Report. *J. of Psychiatric Practice* 15, 3: 211-215, 2009.
- Pilowsky I., Abnormal illness behaviour. *Br. Med. Psychol.*, 42 (347-350), 1969.
- Ruoff GE., Depression in the patient with chronic pain. *J Fam Pract* 1996; 43(suppl 6): s25-s33.
- Sgarro M., Psicologia del dolore acuto postoperatorio in: *Il Dolore acuto postoperatorio*, a cura di Bertini L., 2001.
- Tiengo M., Il dolore, il cervello, la coscienza, *Quaderni di cure Palliative*. Masson 1998; 6(1): 52-62.
- Twycross R.G., Fairfields S. *Pain in far-advanced cancer*. *Pain* 14:303-310. 1982.
- Wilkinson H.A., *The Failed Back Syndrome. Etiology and Therapy*. Harper & Row, Philadelphia, 1983.
- World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: World Health Organization, 1986; seconda edizione 1996.