



Rivista di Psicoterapia **Immaginativa** ITPΨ

Dolore e sofferenza. Esperienze di gestione del dolore con l'ITP

Rivista periodica gratuita pubblicata dal
**Gruppo Italiano Tecniche Imagerie
Mentale**

REDAZIONE

Direttore Responsabile
Secco Silvano

Comitato di Redazione
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Zanola Gabriele

Comitato Scientifico
Barthélémy Jean-Marie
De Rossi Moreno
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Secco Silvano

Sede legale
via Aleardi, 23 31100 Treviso

E-mail
info@gitim.it

Registrazione del Tribunale di Treviso
n. 157 del 20/09/2010

Per proporre un articolo seguire le norme
redazionali alla pagina:
www.gitim.eu/it/norme-redazionali
Le proposte saranno sottoposte al Comitato
di Redazione, che...

Per leggere gli altri numeri della rivista
visitare la pagina:
www.gitim.eu/it/rivista

INDICE

- 2 Redazione
 Editoriale
 Secco Silvano

- 5 La psicoterapia con l'ITP
 **Di fronte al dolore:
 un'esperienza con l'ITP**
 Zanetti Ivana

- 13 Contributi culturali
 **L'ITP nella gestione del dolore
 cronico dell'anziano fragile**
 Zamburlin Rossella

- 22 Immaginario: studi e ricerche
 **Più del dolore cronico, molto
 più del dolore acuto: il dolore
 totale, la sofferenza è
 l'abbandono**
 Zaninetta Giovanni

- 26 La psicoterapia con l'ITP
 No pain
 Secco Silvano

Redazione

EDITORIALE

Secco Silvano

Psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista



Sotto l'onda di Kanagawa ovvero La Grande Onda (Katsushika Hokusai)

<https://www.metmuseum.org/art/collection/search/45434>

*L'opera è al Metropolitan Museum ed è **OA (Open Access - Public Domain)***

Il GITIM il 7 maggio 2022 ha organizzato un Seminario dal titolo “*Il dolore e la sofferenza per un approccio bio-psico-sociale*”.

Questo numero della Rivista di Psicoterapia Immaginativa ITP contiene i vari contributi dei relatori.

Al Seminario ha partecipato il dott. Zaninetta medico chirurgo, specialista in Anestesiologia e Rianimazione. Dopo 10 anni di attività in Anestesia e Rianimazione, nel 1988 il dott. Zaninetta ha dato inizio all'esperienza degli Hospice in Italia assumendo la direzione dell'Hospice Domus Salutis di Brescia. Nel corso degli anni insieme alle competenze cliniche in Cure Palliative e terapia del dolore ha maturato un particolare interesse per la dimensione spirituale del malato grave e della sua famiglia cercando di conciliare gli aspetti più strettamente tecnici della cura con una visione attenta all'integralità della persona umana in uno dei passaggi cruciali della vita.

È stata Testimone nel Seminario la signora Lorella che ha raccontato come lei, utilizzando le tecniche dell'ITP apprese durante il suo percorso personale di psicoterapia, riesca a gestire il dolore nella sua quotidianità. La signora Lorella ha descritto concretamente le strategie che utilizza per controllare il dolore cronico intenso, utilizzando le tecniche ITP che alterna alla somministrazione della morfina. La sua testimonianza ha dimostrato l'efficacia dell'ITP anche in questo ambito così delicato com'è il dolore nelle sue dimensioni biopsicosociali.

Il dolore nell'arte

La rappresentazione iconografica o plastica del dolore come stato d'animo o sofferenza, nel contesto della cultura occidentale, si è modificata nei secoli in relazione al diverso modo di sentire tipico di ogni epoca, alle influenze culturali e religiose. Nel Medioevo per lo più si rifiutava un uso eccessivo delle espressioni drammatiche della sofferenza.

Solo nel 1400 la rappresentazione del dolore diviene realistica nelle sue espressioni degli stati d'animo interiori, come appare evidente nell'affresco del Masaccio.



"La cacciata dal Paradiso", 1427, Cappella Brancacci, Firenze

Nel 1604 il Caravaggio rappresenta in maniera scandalosa per l'epoca la *"Morte della Vergine"* con i piedi nudi.



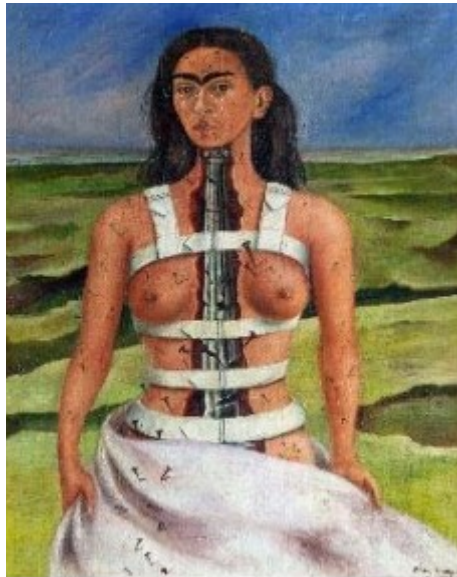
Dobbiamo però attendere il Romanticismo per trovare rappresentato il dolore anche come espressione di sofferenza, mentre durante il Medioevo la tendenza era quella di raffigurare personaggi composti e rassegnati.

Gli schemi vengono successivamente del tutto rivoluzionati da artisti come Van Gogh, Munch, Kokoschka.



Rimanendo sul tema del dolore fisico e arte una delle figure più significative è certamente Frida Kahlo. E forse l'essere stata donna ha determinato una svolta ancora più incisiva in questo percorso di rappresentazione scenica della dinamica interiore ed esteriore.

Di Sé e del suo corpo Frida Kahlo ha scritto: *“Yo soy la desintegración”*. Lei è stata un'artista rappresentativa del lavoro di trasformazione del dolore fisico attraverso la pittura e lo racconta così: *“La mia pittura porta dentro il messaggio del dolore. La pittura mi riempì la vita. Persi tre figli e un'altra serie di cose che avrebbero dato un senso alla mia vita orribile. Tutto questo fu sostituito dalla pittura. Io credo che il lavoro sia la cosa migliore”*.





Psicoterapia con l'ITP

DI FRONTE AL DOLORE: UN'ESPERIENZA CON L'ITP

Zanetti Ivana

Psicologa psicoterapeuta ITP. Presidente GITIM. Direttore della Scuola di Psicoterapia ITP

Di fronte al dolore: un'esperienza con l'ITP

La compassione



Guanyin, Bodhisattva of Compassion
(Museum of Fine Arts, Boston)

La scultura raffigura Guanyin, una bodhisattva che ha raggiunto il nirvana ma decide di tornare tra i mortali per aiutarli a raggiungere l'illuminazione.

Il dolore fisico e psicologico

Tutti incontrano nella vita il dolore sin dagli esordi (“partorirai con dolore”...), vivono malattie ma anche disagi psicologici.

La parola di origine greca “àlgos” (ἄλγος) si riferisce sia alla componente fisica (“algia, dolore”), sia a quella psichica (sono angustiato, provo angoscia).

C'è il dolore di una lesione o di una malattia, ma c'è anche il dolore psicologico, c'è il dolore del distacco, della separazione.

C'è poi il dolore della paura della propria morte. L'argomento è da sempre oggetto di discussione filosofica e religiosa sia nel pensiero orientale che occidentale.

La difesa più comune è il “non pensarci”, distanziarsi, negare.

Abbiamo anche la capacità di sentire il dolore degli altri (empatia) o di immaginare il dolore degli altri (empatia cognitiva).

Viviamo poi l'esperienza della “compassione”, cioè la “capacità di condividere la sofferenza degli altri desiderando di alleviarla” (Fabbro, “Cos'è la psiche”, Astrolabio).

Il dolore: aspetti neurologici

Numerosi recettori nel corpo umano segnalano al cervello lesioni e stati infiammatori. “Le informazioni (dice Franco Fabbro) raggiungono il midollo spinale e si collegano con i neuroni della prima lamina delle corna grigie posteriori, una struttura che si è evoluta dal sistema nervoso simpatico, coinvolto nelle reazioni di allerta e nello stress. Ciò permette di capire come mai uno stimolo doloroso determina in genere allerta e agitazione”.

Le neuroscienze hanno evidenziato l'esistenza di diversi sistemi del dolore. C'è un sistema ascendente laterale, che interviene nella discriminazione sensoriale (localizzazione e intensità degli stimoli dolorosi), un sistema mediale che è responsabile della elaborazione emotiva del dolore, e un sistema discendente che è coinvolto nel controllo del dolore.

Nella regolazione del dolore sono coinvolte molte sostanze chimiche. I più importanti neurotrasmettitori che regolano il dolore a livello centrale sono gli oppioidi endogeni e gli endocannabinoidi. L'uomo ha imparato a usare l'oppio e i suoi derivati; anche la cannabis viene usata da millenni per scopi religiosi e curativi.

Il dolore e l'attaccamento

L'esperienza del dolore è in relazione con l'attaccamento (teoria di Bowlby).

Si è capita l'importanza della relazione e del legame di attaccamento per alleviare il senso di sconforto alla separazione. La separazione determina disagio e sofferenza e una riduzione nella produzione degli oppioidi endogeni; senza di questi il piccolo avrà paura. Un pulcino separato pigola (vocalizzazioni da stress); smetterà se sarà accarezzato e contenuto, se sarà vicino alla chioccia.

Si è scoperto che questi comportamenti sono legati alla liberazione di oppioidi endogeni: negli esseri umani e in altre specie il contatto con la madre libera le endorfine (Jaak Panksepp ha evidenziato che il legame di attaccamento è in relazione con la liberazione di oppioidi endogeni, soprattutto nel sistema mediale).

Il dolore è legato al tempo; il pericolo che si avvicina è la base di sentimenti di angoscia. Gli esseri umani sentono la paura del tempo e della propria morte: lo scorrere del tempo avvicina alla morte. Bisogna anche riconoscere l'importanza delle aspettative positive, che si evidenzia in particolare



nell'effetto placebo, che è la possibilità di lenire il dolore attraverso le relazioni umane con l'utilizzo di sostanze inerti (il placebo).

“Le strutture emozionali del dolore vengono attivate non soltanto da stimoli fisici, ma anche da stimoli sociali, come l'esclusione sociale” (Fabbro, “Cos'è la psiche”).

Si può lenire il dolore con la forza della mente?

L'effetto placebo ci fa dire di sì. L'effetto placebo comunque richiede un “rituale”, deve essere dato da persona di cui il paziente ha fiducia e deve essere presentato come farmaco che ha effetti garantiti e validi. Come noto, l'effetto placebo è temporaneo.

“L'assunzione di un farmaco ritenuto efficace può attivare dei meccanismi di ricompensa, che sono in grado di rilasciare neurotrasmettitori euforizzanti che leniscono il dolore, come la dopamina e le endorfine” (Fabbro, “La meditazione Mindfulness”).

Sembra importante la qualità temporale della psiche: l'aspettativa, la fiducia, la speranza. L'effetto placebo che si può ascrivere solo a fattori psicologici è stato studiato nel dolore. La somministrazione di placebo è in grado di agire sulla via discendente del dolore. Il placebo attiva ormoni e neurotrasmettitori oppioidi endogeni e endocannabinoidi. La morfina, la sostanza placebo e l'ipnosi attivano le stesse strutture che intervengono nella modulazione del dolore (Fabbro, “Cos'è la psiche”).

La relazione - l'empatia

L'uomo è un essere relazionale; la mente umana si sviluppa solo in relazione con gli altri.

Le aree emotive del dolore vengono attivate (corteccia anteriore del cingolo, corteccia prefrontale ventrale) quando c'è una esclusione, un torto sociale.

Possiamo sentire il dolore nostro ma anche quello degli altri (empatia); possiamo sentire e cercare di porre rimedio (compassione). Se si assiste al dolore degli altri, si attivano le strutture del sistema mediale (componenti emotive del dolore).

L'empatia è avvalorata a livello neurologico dal “sistema specchio”. L'empatia funziona di più quando le persone sono collegate fra di loro (amici, persone dello stesso gruppo, etnia).

Negazione del dolore - stare di fronte al dolore

La società occidentale, tende all'evitamento e alla negazione del dolore: è un tabù la sofferenza, la vecchiaia, la morte. L'evitamento del dolore favorisce la formazione di personalità ipomaniacali e narcisiste. Dice Franco Fabbro che “paradossalmente il rifiuto di riconoscere la sofferenza determina un progressivo aumento del senso di disagio e di malessere”.

Sappiamo che il dolore ha componenti sensoriali ed emotive (fenomeni viscerali, emotivi, cognitivi).

L'uomo è anche in grado di reagire all'emozione; siamo in grado di controllare una reazione impulsiva, siamo in grado di controllare le emozioni negative, trasformiamo l'impulsività.

Una prospettiva molto condivisibile è quella di “stare di fronte al dolore”: non fuggirlo o negarlo, né avvicinarsi troppo (masochismo).

Vari sono gli interventi: mindfulness, ipnosi, rilassamento e visualizzazioni.

Di fronte al dolore: il rilassamento e le visualizzazioni secondo l'ITP

Varie sono le esperienze e molti gli studi, tra cui quelli sulla Mindfulness e sull'ipnosi. In particolare, nella meditazione Mindfulness si sta di fronte al dolore e si mette in atto una decontrattura.



Nelle tecniche di rilassamento ITP, che proponiamo, si attua una decontrattura regolare e costante.

Il rilassamento è all'opposto delle reazioni di opposizione e di fuga. È uno stare di fronte al proprio corpo, a sé stessi, alle sensazioni, alle emozioni e agli stati d'animo, mantenendo o ricreando uno stato di benessere.

Anche la visualizzazione può essere utilizzata, come vedremo, sia per il dolore fisico che, soprattutto, per affrontare le componenti emotive del dolore.

Il Rilassamento e l'Immagine mentale ITP

Il rilassamento che proponiamo è il rilassamento condotto con una particolare tecnica: il "rilassamento digitale" praticato anche nell'Oniroterapia (come premessa all'Imagerie Mentale).

Il "rilassamento digitale" si estende dalle parti alla totalità del corpo. Si procede da parti piccole (dita, mano), per arrivare poi alla totalità della persona. Tutto è orientato all'abbandono muscolare, alla decontrazione, al lasciar andare, al lasciarsi sostenere. Si tratta di raggiungere uno scioglimento totale delle tensioni muscolari.

Viene esclusa la concentrazione (che potrebbe aumentare la vigilanza e l'allerta) e viene valorizzato l'ascolto rilassato: il fatto di esserci e non allontanarsi, attuando la distensione. Si parla di decentrazione e non di concentrazione.

Il paziente stesso riferisce: calore, pesantezza o leggerezza, ma ci saranno anche le difficoltà da superare.

Il terapeuta ha altri parametri per capire come procede il rilassamento: la respirazione, l'eloquio, il tono di voce.

Secondo alcuni studi c'è una normalizzazione della frequenza cardiaca, della sudorazione, un abbassamento dell'eccitazione dell'organismo. Vi è una normalizzazione delle funzioni vitali.

Si entra in uno stato in cui è disattivata la contrazione muscolare; nello stesso tempo c'è l'ascolto della sensorialità (cosa sente, come sente) e degli stati d'animo. Di solito si entra in uno stato di tranquillità. Tutto ciò acquisterà più valore in caso di sofferenza fisica.

Lo stato di distensione corrisponde allo stabilirsi del ritmo cerebrale Alfa. Si ha l'abbassamento della vigilanza, che si accompagna al libero emergere delle Immagini. Virel notò anche la normalizzazione della frequenza cardiaca, e che l'ipotonia massima si ottiene nella posizione in poltrona.

Molti elementi nella conduzione da parte del terapeuta contribuiscono a questo stato simile al sonno: il tono di voce, la musicalità del parlato, il ritmo e i silenzi. Richiede un addestramento, un tempo e un luogo dove sia bandita la fretta e ogni altro elemento di disturbo.

Il Rilassamento: Esperienza relazionale

Il rilassamento e la visualizzazione nell'ITP sono "dialogati": consentono, se condotti da persone esperte, una condivisione, un atteggiamento empatico: empatia cognitiva, emotiva, simbolica (entrare in sintonia simbolica con le sensazioni e le immagini, soprattutto).

Le difficoltà vengono subito comunicate, e gli interventi consistono in suggerimenti e suggestioni che alleviano la tensione, che decontraggono a tutti i livelli.

C'è sempre l'attenzione sia alle sensazioni corporee che all'emozione (corpo, ma anche stato d'animo). C'è attenzione allo stato della mente. Corpo e psiche non sono trattati come realtà diverse. Nel rilassamento vengono accolte in particolare le componenti emotive del dolore.

Nel rilassamento c'è il mettersi di fronte al dolore, accogliendo quello che viene dal corpo ma mettendo subito in essere modalità e strategie che evocano sensazioni piacevoli, ed emozioni e stati d'animo positivi. Si modifica così la sensorialità. Si inizia quella ristrutturazione dell'Immagine del



Corpo verso la coesione, che caratterizza l'intervento con l'ITP (attenuazione dell'ansia e della tensione psicofisica tipica del dolore totale).

Le parole del Rilassamento dialogato: di fronte al dolore

Naturalmente il rilassamento richiede conoscenza del metodo e preparazione.

Le parole di rilassamento sono:

- “Ascolta”...: insistiamo sulla parola “ascolta” (non “porta l'attenzione”), perché è meno induttiva; ciò che non si vuole è la “concentrazione”, ma la “decentrazione”.
- “Lascia andare... allenta”...: la pratica quindi del “lasciar andare”, dell'accettarsi, non opporsi. C'è qualcosa condivisibile con la pratica della meditazione (accettare), ma soprattutto l'allentamento muscolare, il non essere all'erta. Si sollecita il lasciarsi andare.
- “Ascolta... senti”...: è anche sollecitazione ad ascoltare il corpo, le sensazioni provenienti dal corpo e le emozioni. Il riferimento è al sentire nell'aspetto fisico ed emotivo.
- Ma è anche una indicazione più profonda, che sollecita l'ascolto in profondità di sé e degli altri. Sollecita l'ascolto profondo di quanto verrà proposto (l'Immagine Mentale).
- Il paziente dovrà ascoltare anche quel che viene detto, ascoltare l'interno ma anche le interazioni verbali e le indicazioni che vengono date dal terapeuta.
- Infine l'ascolto del respiro, con varie suggestioni, con attenzione a questa funzione vitale che si accompagna a vissuti di tranquillità e calma.

L'invito è a “sentire” il sostegno, l'appoggio, il contatto. Queste sensazioni riguardano l'affidamento, ma anche le prime esperienze cinestesiche cenestesiche vissute nella prima infanzia, che costituiscono e in questo caso riparano l'Immagine del Corpo.

L'ascolto del corpo diventa così consapevole, diventa ascolto in profondità di sé stessi e degli altri.

Lasciar andare i pensieri, le preoccupazioni... è un invito a non intellettualizzare, a non uscire dall'ascolto del corpo (sensazione ed emozione).

Naturalmente è estremamente importante il tono di voce, le pause i silenzi, l'assenza di fretta e il sintonizzarsi del terapeuta. Il tono regolare e ritmico favorisce il raggiungimento di un buon rilassamento. Vi sarà anche l'abbandono delle tensioni mentali: ansia, inquietudine.

Le reazioni dei pazienti

La persona che riesce a realizzare, magari in un arco di tempo diverso caso per caso, un buon rilassamento condotto con la Tecnica specifica dell'ITP, in genere riferisce tranquillità, benessere, abbandono delle tensioni, equilibrio emozionale. Diminuisce quindi lo stato di allerta, e questo è fondamentale per il controllo e la diminuzione del dolore. Il transfert aiuterà a far proprio uno stato di tranquillità. Il paziente sentirà spesso come una buona guida la voce del terapeuta, ma avrà bisogno di ritmi propri.

La visualizzazione che seguirà sarà in linea di massima vissuta con spontaneità e partecipazione. L'immagine ha effetti significativi. Già Stephen Kosslyn ha dimostrato che immaginare un movimento è come farlo a livello cerebrale; immaginare un movimento attiva la corteccia motoria.

Come aiuta il rilassamento nel dolore? Perché è l'opposto dell'attivazione, è uno stato che normalizza le funzioni vitali, riducendo le emozioni negative, in particolare l'ansia, riducendo l'attivazione e le reazioni tipiche dei riflessi di fuga; comporta un miglior adattamento. Si modifica la sensorialità attraverso il rilassamento muscolare; aumenta il controllo rispetto ai vissuti spiacevoli.



L'esperienza con l'anziano: interventi psicologici e psicoterapici

C'è un bisogno ancora poco riconosciuto e praticato di un intervento psicologico-psicoterapico competente con l'Anziano e con L'Anziano in Casa di Riposo. Nel nostro Gruppo sono state fatte molte esperienze con l'Anziano, in particolare con l'anziano in Casa di Riposo. Accennerò a queste esperienze che saranno riportate più diffusamente nell'intervento di Rossella Zamburlin. Si tratta di esperienze fatte con le Tecniche di Rilassamento e di Visualizzazione tipiche dell'ITP.

Come ben sappiamo, negli Anziani sono frequenti insonnia, ansia, depressione, deflessione dell'umore. Vi sono poi molti casi tra gli Anziani in cui è presente il dolore, in particolare il dolore cronico.

Talora si è trattato di interventi combinati (farmaci e psicoterapia). I farmaci possono aiutare rispetto al dolore, all'ansia, alla inibizione della depressione, alle idee ossessive che impediscono una introspezione e conoscenza di sé. L'utilità della terapia combinata è stata del resto ampiamente dimostrata, ed è tale soprattutto nei casi più gravi.

Vi sono anche interventi supportivi, cioè di supporto all'autostima, all'Io: si tratta di aiutare l'adattamento del paziente, a contenere le emozioni e gli impulsi più problematici dal punto di vista della sofferenza individuale.

Vi è poi l'intervento più significativo, individuativo, che cerca di aiutare il paziente a rispondere alle domande esistenziali. Si tratta di esperienze psicoterapiche vere e proprie condotte con la Tecnica Immaginativa ITP.

L'anziano e il dolore: L'esperienza del Rilassamento

Accenno al caso di un'anziana in casa di riposo: A. di 79 anni, con herpes e con forti e costanti dolori (autovalutazione del dolore: 8 nella scala 1-10).

Vive bene il rilassamento, sentendo bene appoggi e contatti. In una seduta, dopo una prima fase iniziale, A. dice incredula di non sentire più il dolore al fianco: "È incredibile, non sento più male. Lei non ci crederà, ma non sento più il dolore. Funziona! La devo proprio ringraziare". Lo stesso in un'altra seduta: "Il rilassamento fa miracoli, è una cosa da non credere".

Comunica che l'esperienza è piacevole e ringrazia ripetutamente per la riduzione e successivamente per la scomparsa del dolore.

Sono apparsi molto interessanti i passaggi in cui la paziente sentiva che "qualcosa lavorava nel polmone, come se ci fosse qualcuno che sistemava tutto". In un altro momento dice di aver sentito "un gran calore nella parte dolente" o la percezione di "un calore che dissolve il dolore", o quando riferisce che "sente un tocco interno come un massaggio, qualcosa che sposta il dolore fino a farlo sparire".

Queste ed altre annotazioni possono dare ai terapeuti delle indicazioni significative su interventi da fare, e sottolineano l'importanza del "prendersi cura".

L'esperienza immaginativa e il valore simbolico delle Immagini

Le immagini proposte nell'esperienza Immaginativa riguardano la proposizione di: scenari antropologici e di temi simbolici.

Gli scenari proposti sono scenari che hanno un preciso riferimento alla vicenda evolutiva umana: sono immagini legate alla Natura (Madre). Gli studi antropologici legano certi luoghi alle origini stesse dell'evoluzione umana.

Alcuni studi sperimentali (Edward Wilson, "Le origini della Creatività") dimostrano che i luoghi preferiti dagli uomini sono luoghi con determinate caratteristiche: luoghi naturali, spesso in zone elevate che si affacciano su spazi ampi, spesso luoghi sottratti alla foresta. Più spesso sono PRATILAGHI-FIUMI, spazi aperti con ALBERI, radi sullo sfondo. Altrettanto sono significativi



antropologicamente: il GIARDINO (l'incontro tra la natura e la cultura, laddove l'uomo "addomestica" la natura) e l'OASI (spazio di rinascita rispetto al deserto). FIORI E GIARDINI hanno abbellito fin da tempi lontani le dimore dell'uomo sino alla dimora finale.

I giardini producono un effetto salutare nella nostra vita; alcuni studi fatti dimostrano che laddove c'è del verde, c'è vita vegetale, si sta meglio; in un ambiente che incorpora la natura, lì c'è meno stress. Lo stress si riduce in presenza di ambienti naturali e la guarigione è accelerata (luoghi di cura). Ad analoghe conclusioni arrivano i progettisti che si occupano di incorporare la natura nella progettazione di edifici. Molti luoghi di cura, e si tratta spesso di luoghi riservati esclusivi e costosi, sono in luoghi molto belli e curati, inseriti in luoghi ameni a particolarmente lussureggianti dal punto di vista dell'ambiente naturale.

Attre visualizzazioni proposte riguardano la possibilità di cenestesie positive date dal calore (caminetto), dal contatto, dall'appoggio, dal sostegno, particolarmente importanti per la ristrutturazione dell'Immagine Corporea (la spiaggia, il prato, l'albero) o legati alla gratificazione orale (gratificazione elementare) e di condivisione sul piano orale (condividere un momento sia nel far da mangiare che nel mangiare assieme).

L'anziano e i temi immaginativi

Spesso viene proposta nelle esperienze immaginative guidate un'immagine iniziale o di partenza: si tratta di un'immagine neutra potenzialmente positiva. L'aspetto interessante, e anche atteso, è che spesso le persone anziane interpretano "liberamente" le immagini proposte per riattivare parti vive e vitali di sé, o per lasciar emergere vissuti e immagini spiacevoli, che in questo caso saranno modificate dagli interventi del terapeuta, essendo l'ITP una tecnica dialogata. Questo perché l'immagine è auto-rappresentativa. Un prato potrà essere ampio e libero o costretto, limitato (ansia), abbandonato, infestato (depressione), molto ordinato, curato (ossessività), secco (aridità, atteggiamenti schizoidi), e così via. Qui subentra l'intervento del terapeuta, che deve aver una preparazione specifica e consolidata.

Tra le immagini spontaneamente prodotte abbiamo: il mare dell'infanzia, della propria esperienza di vita, la propria cucina dove si rivivono momenti di attiva soddisfazione nel preparare il cibo, il prato di montagna che ricorda l'infanzia o la giovinezza. I luoghi non sono sempre quelli proposti dal terapeuta; l'immaginario personale ha il sopravvento: proiezione (autorappresentazione) che consente l'intervento ri-costruttivo.

Come si è potuto vedere nelle esperienze fatte, le immagini sono vissute talora in modo statico contemplativo: un tramonto caldo, dei fiori colorati, un albero, un prato in cui sostare. Si tratta di ristrutturazioni prevalentemente passive, in cui è presente una dinamica, un "movimento" passivo, vissuto sotto forma di posture, contatti e appoggi che sono positivi/piacevoli (posture, contatti, appoggi, sostegno, sono i vissuti primitivi della vita e rimandano a bisogni antichi, tuttavia fondamentali per ricostruire esperienze corporee fondanti per l'identità), e che rispondono all'esigenza di passività.

Successivamente, ed è questo anche il compito del terapeuta, subentra una attivazione, un agire. La persona, l'anziano, immagina di muoversi o di fare qualcosa che corrisponde all'attivazione ed al cambiamento. Non dimentichiamo lo stato d'animo associato: l'attivazione è per lo più collegata alla soddisfazione, al senso di autonomia, realizzazione, forza dell'Io. Allora vedremo le persone anziane muoversi in paesaggi vitali dove agiscono: si tratta a volte di ritrovare la gioia delle piccole cose, della vita quotidiana, come il far da mangiare, il cucire o semplicemente sentirsi parte di un ambiente dove vige il dinamismo. Si capirà allora l'importanza del "sentirsi vivi", e, quel che conta, del "senso di appartenenza".

E sarà proprio questo che osserveremo: l'attivazione dell'Io con vissuti di vitalità ed energia, per cui si sperimenta ancora l'esserci gioioso e vivo vitale.



Sintesi

Le esperienze fatte in Casa di Riposo con anziani con varie problematiche e anche con dolore cronico, dicono che il rilassamento consente un'esperienza positiva con il proprio corpo, che spesso è disturbata da malesseri o da vere e proprie patologie, fisiche o psichiche o entrambe.

Il rilassamento produce sensazioni di calma, benessere, tranquillità, riduzione e talora scomparsa del dolore (si parla qui prevalentemente di un dolore cronico). La paziente di cui si è brevemente riferito esprime l'efficacia del processo e dice "come se sentisse qualcosa che lavorava dentro il polmone, come se ci fosse qualcosa che sistemava tutto". In seguito sente "un gran calore che dissolve il dolore". Più avanti "sente un tocco interno che sposta il dolore fino a farlo scomparire", una miglior sensazione del proprio corpo, con un senso di unità e contenimento che aumenta il benessere. Questo è dovuto ad un'esperienza corporea positiva (senso di benessere psicofisico), che consente la coesione di sé, disturbata dalla malattia e dai vari disagi percepiti a livello fisico.

Da non dimenticare che l'efficacia di questi interventi è determinata anche dalla presenza del terapeuta che accompagna, interviene, si prende cura del disagio, e condivide e avvalga le sensazioni positive che si instaurano nel rilassamento. Come a dire che la relazione è sempre un fattore terapeutico fondamentale. È molto importante sentirsi compresi. Molti pazienti sentono che nessuno si è mai messo nei loro panni, hanno subito traumi e la loro frustrazione o rabbia non è mai stata compresa. I disagi fisici e psicologici si iscrivono in un'esperienza di vita talora traumatica o comunque connotata da scarsa condivisione. È importante qualcuno che condivida, che capisca, che dica "posso capire". È importante anche la focalizzazione sui vissuti corporei e sulle emozioni. Naturalmente queste ultime note sono molto importanti per tutti coloro che sono vicini ad un anziano sofferente (familiari, badanti, infermieri, eccetera).

L'esperienza con persone anziane dimostra poi che sono impegnate nel cercare un senso alla vita, alla loro stessa esistenza, anche di fronte alla consapevolezza del comune destino umano che ci vede tutti di fronte al declino.

Quello che abbiamo visto nell'anziano è l'aspetto coesivo-ristrutturante del rivivere o di attingere durante la seduta Immaginativa al proprio ricordo, alla propria esperienza, per restaurare un senso di sé positivo, con effetti riparativi. Troveremo quindi esemplificato molto spontaneamente quello che Tilde Giani Gallino chiama "attaccamento ai luoghi", che forgia l'identità e si affianca alle esperienze interpersonali vissute, e vedremo quindi anche la "riparazione" del Sé che si attua attraverso i "luoghi di attaccamento" che forgiavano l'identità.

La visualizzazione, nel recupero del ricordo, sembra assolvere anche a quel bisogno di collegare parti di Sé, della propria vita. Anzi, ci può essere un bisogno molto forte di recuperare aspetti di sé, di rispondere a domande che non hanno ricevuto risposta. Il processo di individuazione prosegue assieme al bisogno di "life-review"; c'è il bisogno di riannodare i fili della vita e delle generazioni: mettere insieme il sé figlio, il sé genitore, il sé nonno. A questo rispondono le esigenze di ricordare e talora di scrivere la storia della propria vita. Talora le persone anziane avranno per questo bisogno di aiuto.

Leggendo e ascoltando queste storie avremmo molto da "sentire" e da imparare.

Bibliografia

- ✓ F. Fabbro, "Che cos'è la psiche", Astrolabio, 2021
- ✓ F. Fabbro, "La meditazione Mindfulness", Il Mulino, 2019
- ✓ L. Rigo, "Psicoterapia dell'Immagine", FrancoAngeli, 2019
- ✓ E. O. Wilson, "Le origini della creatività", Raffaello Cortina, 2018
- ✓ T. G. Gallino, "Luoghi di attaccamento", Raffaello Cortina, 2007
- ✓ S. Kosslyn, "Le immagini nella mente", Giunti, 1989



Psicoterapia con l'ITP

L'ITP NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO NELL'ANZIANO FRAGILE

Zamburlin Rossella
Psicoterapeuta ITP

Percorso MenteCorpo per il Ben-Essere - L' ITP nella gestione del dolore cronico nell'anziano fragile

Premessa

Con il prolungamento della vita media, molte malattie hanno assunto un decorso di lunga durata e presentano come manifestazione prevalente il dolore cronico. Nell'anziano residente in ambito istituzionale si riscontra frequentemente questa situazione disabilitante in cui il dolore rappresenta una causa importante di ansia e di depressione. A loro volta, ansia e depressione concorrono ad accentuare la percezione del dolore, innescando così un circolo vizioso che determina un peggioramento della Qualità della vita.

Lo Psicologo può essere d'aiuto nell' affrontare questa situazione proponendo strategie psicologiche per favorire l'integrazione psico-corporea.

Questa relazione riassume un Progetto realizzato in una Struttura residenziale e vuole essere un contributo a valutare l'efficacia della Tecnica immaginativa ITP di L. Rigo nel ridurre il dolore cronico, l'ansia e i sintomi depressivi in soggetti anziani, favorendo un miglioramento della Qualità di vita e di benessere.

L' ITP di Leopoldo Rigo è una tecnica immaginativa di orientamento psicodinamico che utilizza il rilassamento psicofisico dialogato come condizione che permette l'emergere di contenuti immaginativi del soggetto. Il terapeuta segue e conduce lo sviluppo dei contenuti con interventi appropriati e personalizzati, aiutando il paziente ad elaborare i vissuti di disagio psico-corporeo, a ridurre ansia e depressione.

Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto consiste nel migliorare il benessere psicofisico della persona anziana e nel ridurre il senso di sofferenza.

Gli obiettivi specifici sono ridurre i sintomi d'ansia e depressione, migliorare il tono dell'umore, ridurre l'insonnia; ridurre le conseguenze negative del dolore sulla Qualità della vita (diminuzione della dell'appetito, accentuazione dell'aggressività, tendenza all'isolamento relazionale).

Destinatari

Il "Progetto MenteCorpo per il Ben-Essere" è stato proposto ad un piccolo gruppo di residenti in una struttura per anziani non-autosufficienti. I criteri di inclusione sono stati: presenza di dolore cronico, presenza di sintomi ansiosi o depressivi, capacità cognitive nella norma, MCI o decadimento cognitivo lieve.

Metodologia

Per suscitare interesse nelle persone scelte è stato efficace proporre inizialmente un approccio interattivo che valorizzasse le loro capacità cognitive. Sette persone anziane con le caratteristiche succitate sono state invitate ad un breve incontro durante il quale sono state proiettate e commentate delle slide sul tema del dolore cronico e sull'impatto che questo ha nella vita quotidiana. E' stata descritta la tecnica ITP ed i partecipanti sono stati invitati a sperimentare un primo rilassamento.

Hanno aderito al progetto due signore (la sig.ra G e la sig.ra M.). È stata raccolta l'anamnesi. Sono state valutate le caratteristiche di personalità attraverso il test di Rorschach. Questo reattivo permette di formulare un'ipotesi diagnostica sul livello di funzionamento della personalità, fase imprescindibile quando si propone un percorso con un approccio psicodinamico.

Sono state quantificate le capacità cognitive utilizzando il MMSE (Folstein et al., 1975; Measso et al., 1993) e il test dell'orologio (Shulman, 1993). All'inizio e alla fine del percorso sono stati utilizzati il Brief Pain Inventory (BPI) per la valutazione del dolore (Melzack R, 1975) (Bonezzi, 2002) e il test Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983) per misurare gli aspetti ansiosi e depressivi, così da quantificare le modifiche di queste variabili prima e dopo l'intervento psicologico.

- BPI (Brief Pain Inventory): Breve Inventario del dolore. Quantifica sia l'intensità del dolore che la disabilità che esso provoca nel paziente. Consiste in una serie di domande inerenti all'intensità del dolore e alla limitazione funzionale che ne consegue.
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): Scala clinica dell'ansia e della depressione. È costituito da 14 items, 7 sull'ansia e 7 sulla depressione. Il punteggio delle due scale è una valida misura di stress emotivo e un valido questionario di screening per i disturbi psichiatrici. Il cut off è 7.

Il percorso ha previsto 13 incontri, a frequenza settimanale in cui le persone coinvolte sono state accompagnate nella stanza delle attività psicologiche, esterna ai nuclei. L'organizzazione di questa attività, essendo svolta in un ambiente istituzionale -strutturato piuttosto rigidamente – ha richiesto una particolare elasticità, in quanto ha dovuto necessariamente tener conto di molte variabili sia ambientali, sia legate alle necessità degli ospiti (orari della routine assistenziali, medicazioni, orari di somministrazione delle terapie farmacologiche, visite specialistiche programmate etc.).

Descrizione dei soggetti

Sig.ra. G.

Anamnesi. Anni 85. TBC a 23 anni. Nubile. Impiegata. Donna indipendente e attiva impegnata nel sociale e in attività culturali. Negli anni '80 viene a mancare la md con cui viveva. Successivamente va in pensione. Diabetica. Nel 2009 viene diagnosticato un tumore ad un polmone. In terapia con ossigeno dal 2014. Nel 2015 si trasferisce nella città dove abita la sorella per avere vicino una figura di sostegno. Nel 2016 viene ricoverata in ospedale per insufficienza respiratoria. Questo episodio ha minato il suo senso di sicurezza riguardo al proprio stato di salute e ha determinato la scelta di entrare in struttura.

Profilo cognitivo nella norma (MMSE 30/30 Test dell'orologio: 5/6) riferisce un'iniziale perdita di memoria e la riduzione di capacità visuo-spaziali, lieve deficit funzioni esecutive.

Profilo di personalità (Rorschach): l'immagine di Sé non risulta ben strutturata: non ha infatti immagini realistiche di sé e conseguentemente tende ad incontrare difficoltà nelle relazioni. Ha difficoltà a gestire lo stress e conseguentemente va in ansia evidenziando difficoltà a gestire la tensione, soprattutto in situazioni complesse. Tende a modulare scarsamente le emozioni, che non elaborate possono causare acting-out. La sig.ra tende ad avere un pensiero poco elaborato che semplifica eccessivamente le informazioni, caratteristica che le crea incertezza e difficoltà nel campo decisionale. Prudente e cauta, a volte tende al ritiro ma resta interessata alle relazioni.

Sig.ra M.

Anamnesi. Anni 81. Nubile Non ha familiari viventi. La sua vita è cadenzata da molti lutti. Orfana di padre (per TBC) all'età di undici anni. Quando ha 18 anni muore una sorella maggiore (come il pd, colpita da TBC) e - vent'anni dopo l'altra sorella per un tumore al seno; successivamente viene a mancare anche la madre che viveva con lei. Nel 2012 la sig. M ha un tumore al seno e nel 2015 viene diagnosticato diabete. Vive da sola in un piccolo appartamento, litigiosa, ha relazioni difficili con i vicini. Dopo alcune cadute, causate da una grave artrosi alle ginocchia ed un ricovero per perdita di coscienza, entra in casa di riposo. Soffre da molti anni di grave insonnia.

Profilo cognitivo: nella norma (MMSE 28,9/30. Test dell'orologio 5/6)

Profilo di personalità (Rorschach)

La signora sta vivendo un costante stato di sovraccarico emotivo e ha molta difficoltà a gestire lo stress e le proprie emozioni. Fatica molto a controllare gli impulsi e questo tratto le genera malessere, difficoltà di adattamento sociale, vissuti d'ansia e la rende vulnerabile alla disorganizzazione della personalità. Il pensiero è spesso confuso, con distorsioni della realtà; le idee non sempre seguono una sequenza logica e talvolta coesistono contraddittoriamente percezioni opposte della realtà (aspetto tipico del processo primario di pensiero). Non ha un senso definito e stabile della propria identità: ha un'immagine di sé fragile e poco strutturata. Questo la rende vulnerabile nei rapporti interpersonali, insoddisfatta di sé; tende percepire le relazioni come aggressive e a reagire lei stessa con aggressività.

L'intervento

Il lavoro clinico con i soggetti anziani prevede alcuni adattamenti che lo diversificano all'applicazione ad altre fasce d'età.

Il rilassamento

Il rilassamento proposto è meno dettagliato rispetto alla tecnica digitale di base. È stato condotto con la tecnica *circolare, antioraria*. Questa modalità evita l'attenzione su piccole parti, propone l'attenzione agli arti, successivamente alle parti grandi del corpo e alla sua interezza, così da consolidare una Immagine del corpo più coesa possibile, contenendo così al massimo l'emergere delle distorsioni (Zanetti, 2019).

I primi tre incontri sono stati dedicati ad approfondire il rilassamento: 1) rilassamento 2) rilassamento + respiro 3) rilassamento + respiro con visualizzazione luce. Su valutazione del terapeuta, negli incontri successivi sono state proposte immagini specifiche o lasciate emergere immagini spontanee.

Visualizzazioni

Diversamente dai comuni percorsi terapeutici, miranti a risolvere conflitti, all'anziano fragile vengono proposte immagini con funzione prevalentemente ristrutturante, che favoriscono esperienze di benessere e concorrono a ridurre ansia e depressione (Gabbard, 2007).

Le visualizzazioni proposte sono state: la spiaggia con il mare tranquillo; il prato; il camino; la camminata affiancando un ruscello; la passeggiata insieme trovando un albero da frutta; immaginare una situazione in cui gustare insieme una tazza di tè; immaginare una situazione in cui preparare del cibo e gustarlo insieme; *imagerie* libera; immaginare giardino in cui collocarsi al centro; *imagerie* libera.

Si tratta di scenari che hanno valore simbolico e conseguentemente una potenza trasformativa. Le diverse proposte immaginative mirano:



- a favorire esperienze ristrutturanti, che migliorino l'investimento e la coesione del Sé, rinforzino l'identità personale, permettano di vivere sensazioni di benessere che aiutino a contrastare la deflessione del tono dell'umore e l'ansia;
- ad attivare risorse personali, contrastando la tendenza alla passività;
- a migliorare le capacità di relazione e di comunicazione, spesso ridotte nell'anziano per il prevalere di un atteggiamento di chiusura in sé quale reazione difensiva alla percezione di fragilità (Zanetti, 2019).

Verifica

L'efficacia dell'intervento è stata verificata attraverso parametri:

- quantitativi: mediante i risultati ai test che hanno misurato l'intensità del dolore cronico, l'interferenza del dolore sulla qualità di vita, l'ansia e la depressione prima e dopo l'esperienza immaginativa di gruppo.
- qualitativi: rilevando la frequenza di partecipazione degli ospiti agli incontri, il gradimento espresso dai partecipanti e l'osservazione di modificazioni positive osservate nel comportamento dei soggetti coinvolti, successive all'intervento.

Risultati: dal PDV quantitativo: Sig.ra G.:

BPI (Brief Pain Inventory)

DOLORE ALL'ANCA SX	BPI PRE-TEST	BPI POST-TEST
Dolore più intenso nelle 24 h	7	6
Dolore medio nelle 24 h	5	4
Interferenza su:		
-attività in generale	5	3
-autonomia negli spostamenti	6	4
- relazione con le persone	3	0
- godimento della vita	2	0
- capacità di concentrazione	2	0

BPI PRE-TEST: dolore (7) all'anca sx che riduce soprattutto l'autonomia negli spostamenti e nelle attività in generale

BPI POST-TEST: L'intensità percepita del dolore all'anca si è un po' ridotta. Il dolore provoca meno interferenza nelle attività e nella qualità della vita quotidiana

HADS (Hospital Anxiety and depression Scale)

	pre HADS	post HADS
ANSIA	2	2
DEPRESSIONE	5	3

ANSIA: resta invariata su valori bassi

DEPRESSIONE: riduzione dei sintomi depressivi (all'interno di valori nella norma)

RISULTATI: DAL P. D V. QUANTITATIVO: Sig.ra M.

BPI (Brief Pain Inventory)

DOLORE a GINOCCHIO DX E SX	BPI PRE-TEST	BPI POST-TEST
Dolore più intenso nelle 24 h	6	6
Dolore medio nelle 24 h	4	3
Interferenza su:		
-attività in generale	6	5
- umore	4	2
-autonomia negli spostamenti	7	5
- relazione con le persone	2	2
- sonno	5	3
- godimento della vita	2	2
- capacità di concentrazione	0	0

BPI PRE-TEST: dolore (6) ad entrambe le ginocchia che penalizza soprattutto l'autonomia negli spostamenti, le attività in generale e in parte anche l'umore

BPI POST-TEST: L'intensità percepita del dolore si è un po' ridotta. Il dolore provoca meno interferenza nella qualità della vita

HADS (Hospital Anxiety and depression Scale)

	pre HADS	post HADS
ANSIA	11*	8
DEPRESSIONE	6	3

Ansia: riduzione dell'ansia che tuttavia da un punteggio clinicamente rilevante resta a livelli di possibile evoluzione psicopatologica

Depressione: lieve riduzione dei sintomi depressivi (all'interno di valori nella norma).

Risultati dal PDV qualitativo:

Rilassamento

La sig. G. riesce gradualmente a rilassarsi: nei primi due incontri ha tenuto acceso il dispositivo per l'ossigenoterapia, poi l'ha tenuto spento, non sentendone più la necessità. Inoltre nel procedere delle sedute verbalizza un aumento di benessere asserendo di percepire il proprio corpo *“sempre più sciolto, come da ragazza”*.

La sig.ra M. inizialmente descrive alcuni lievi dismorfismi che gradualmente scompaiono e nel 4° incontro si rilassa profondamente (importante in una persona che soffre d'insonnia).

Miglioramenti nel comportamento

La sig.ra G. nel corso dei tre mesi di durata dell'attività psicologica ha mostrato una crescente cura nell'abbigliamento, ha ricominciato a truccarsi e indossare foulard, orecchini *“come faceva una volta”*. È apparsa quindi in grado di investire di più su di sé, sulla sua immagine.

Nella sig.ra M nel corso dell'intervento diventa più creativa ed autonoma (anche nella vita reale si ricava momenti di attività manuali – lavori all'uncinetto – passa dagli spostamenti in sedia a rotelle a deambulare col girello). Evidente è il miglioramento della qualità del sonno che indica una riduzione dell'ansia. Nei colloqui, il pensiero è meno contraddittorio e il linguaggio diventa più coerente: questo elemento dimostra il raggiungimento di una maggiore coesione psicologica. Si tratta di una modifica importante, considerato che nel Rorschach emergevano alcuni elementi di disorganizzazione ed una grande fragilità.

La relazione tra le signore, durante il percorso psicologico si è evoluta: G. incoraggia M. a reagire nei momenti di difficoltà, M. nel giorno dedicato agli incontri ricorda in anticipo a G, (che è disorientata nel tempo) l'appuntamento. Inoltre, dopo le prime sedute in cui ognuna aspettava la psicologa nella propria camera, hanno cominciato ad aspettare riunite insieme, mostrando di percepirsi *“gruppo”*.

Non ci sono state assenze da parte di entrambe durante i tre mesi di durata del percorso psicologico.

Pochi mesi dopo la conclusione, la signora M. ha cominciato un ciclo individuale di incontri con la tecnica ITP, esprimendo il desiderio di consolidare una migliore qualità del sonno e un maggior benessere generale.

Riflessioni da evidenziare nell'esperienza con l'ITP nell'anziano

Nel percorso descritto è stato osservato che la risposta della persona anziana alla proposta immaginativa presenta alcune specifiche caratteristiche.

Innanzitutto non c'è difficoltà ad entrare nella situazione immaginativa e partecipare sensorialmente.

Si constata che la fase ristrutturante connaturata nel procedimento terapeutico dell'ITP, con la sua funzione riparativa restituisce un vissuto di coesione corporea, elemento che favorisce il benessere dell'anziano contrastando la fragilità del proprio corpo percepita quotidianamente. Le persone coinvolte negli incontri hanno evidenziato parallelamente nella vita quotidiana un miglioramento del tono dell'umore, maggior autostima e una maggiore disponibilità alle relazioni.

Nelle *imagerie* della persona anziana emerge prevalentemente la visualizzazione di ricordi e su di essi vengono attuati gli interventi che permettono di rinforzare l'Io, elaborando quello che si può definire “*un ricordo partecipato ristrutturante*”.

Le persone anziane mostrano la propensione a immaginare luoghi “familiari” del passato (il mare, la propria esperienza, la montagna dove si è stati). Probabilmente recuperare i luoghi di attaccamento costitutivi della propria vita è conseguenza dell'investimento che l'anziano ha nei propri ricordi.

Emergono figure reali del passato e anche il vissuto di conciliazione con le stesse. Per esempio M. rievoca l'affetto verso una sorella, G. rievoca con serenità la figura di un fratello e immagina di ballare insieme a lui. La persona anziana sembra voler mettere distanza dai vissuti spiacevoli-conflittuali, vivendo una “*pacificazione*” forse facilitata anche dai vissuti piacevoli consentiti dall'*imagerie*.

Si osserva il passaggio da situazioni più statiche a situazioni più attive. Nelle prime prevalgono le chinestesie passive con sensazioni relative al contatto, all'appoggio, al sostegno, nelle seconde prevale il piacere di guardare il movimento e successivamente di eseguire delle attività. Per esempio è interessante il passaggio in cui M che ha appena iniziato a camminare con un deambulatore, nell'*imagerie* esegue una spontanea visualizzazione di un training motorio. La soddisfazione nel riappropriarsi della capacità di essere attivi permette la riacquisizione di un senso di sicurezza e di autonomia;

Si nota la capacità di concedersi gratificazioni rispetto all'iniziale rifiuto a permettersi di provare piacere, così un iniziale rifiuto ad assaggiare successivamente si trasforma nel mangiare con piacere l'uva, bere il tè.

Nelle *imagerie* ristrutturanti con invito alla relazione (nel senso di “visualizzare insieme”) si è evidenziata una certa difficoltà ad accogliere la proposta a condividere l'esperienza di emozioni e lo scambio di risorse. Forse a determinare questa difficoltà hanno influito le caratteristiche particolari di personalità dei due soggetti (v. difficoltà relazionali presenti nei Rorschach) oppure è possibile che sia necessario sperimentare un numero maggiore di sedute con ITP.

Conclusioni

I risultati di questo intervento sono promettenti in quanto hanno rilevato alcune evidenze sull'efficacia dell'ITP quale strumento per ridurre il dolore cronico, l'ansia e la depressione nell'anziano fragile. Pur considerato il ridotto numero di partecipanti coinvolti, possiamo prendere in considerazione alcune tendenze che emergono da questi risultati:

-quantitativamente attraverso i test si è osservata in entrambi i soggetti una discreta riduzione dell'intensità del dolore cronico e una riduzione dell'intensità dell'ansia e della depressione, con conseguente miglioramento del tono dell'umore.

-qualitativamente questa esperienza con la tecnica dell'ITP è stata ben accettata, vissuta positivamente e senza interruzioni. Si sono inoltre rilevate delle modifiche comportamentali positive: maggior investimento sull'immagine di Sé, un atteggiamento più attivo e creativo, una riduzione dell'insonnia. Si è osservata una riduzione della passività e un'aumentata capacità di iniziativa nell'affrontare la realtà. Nei comportamenti quotidiani si è osservato un maggior senso di sicurezza e una maggior autonomia.



Alla fine di questo percorso, possiamo dire che per l'anziano in condizione di fragilità non è facile affrontare il tema del dolore pur se molto presente nella quotidianità. Non è inoltre semplice avvicinare l'anziano all'esperienza del rilassamento per staticità, ageismo, pregiudizi e perché il corpo è lo scenario della sofferenza. Pur tuttavia, i dati quantitativi e qualitativi emersi in questo lavoro incentivano a svolgere ulteriori studi clinici per approfondire la validità in ambito geriatrico della Tecnica Immaginativa ITP, avendo evidenziato che la persona anziana attraverso il suo utilizzo, può raggiungere un miglioramento nella Qualità della vita e un maggior grado di benessere psicofisico.

In Appendice: Sintesi delle visualizzazioni della 3^a e 11^a seduta

Bibliografia

- ✓ Bonezzi C. ¹, Nava A. ², Barbieri M. ¹, Bettaglio R. ¹, De-martini L. ¹, Miotti D. ¹, Paulin L. ¹
- ✓ Validazione della versione italiana del Brief Pain Inventory nei pazienti con dolore cronico, *Minerva*
- ✓ *Anestesiologica* 2002 July-August; 68 (7-8):607-11
- ✓ Cristini, Cesa-Bianchi, Porro, Cipolli (a cura di) (2015), *Fragilità e affettività nell'anziano*, ed. Franco Angeli, Milano.
- ✓ Erikson E. (1954). "I cicli della vita": Armando Editore, Roma, 1999-
- ✓ Gabbard Glen O. (2007) *Psichiatria psicodinamica*, ed. Raffaello Cortina, Milano, quarta edizione
- ✓ Mc Williams N. (2012) *La Diagnosi Psicanalitica*, ed Astrolabio-Ubaldini, Roma seconda edizione
- ✓ Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*.
- ✓ 1975; 1:277-99.
- ✓ Rigo L. (1962), *La Psicoterapia dell'Immagine*, Minerva Medicopsicologica, 3,4, Torino
- ✓ Rigo L. (1980), *Analisi del profondo e Psicoterapia*, ed. STUDIUM CHRISTI, Roma
- ✓ Rigo L. (1982), *Inconscio e Personalità...dopo Freud*, ed. STUDIUM CHRISTI, Roma
- ✓ Spagnoli A. (2000), "Riflessioni sul pensiero di Jung e la Psicogeriatrica", In Scocco P., De Leo D., Pavan L. (cura di); *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*; Bollati Boringhieri, TO
- ✓ Zigmond, AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67(6):361-370.

Dispense G.I.T.I.M.

- ✓ Zanetti Ivana, *Il Rilassamento*
- ✓ Zanetti Ivana, *La fase ristrutturante*
- ✓ Zanetti Ivana, *Imagerie Mentale, L'avvio*
- ✓ Zanetti Ivana, *La costruzione del Sé al Rorschach*
- ✓ Zanetti Ivana *L'intervento con l'anziano*

APPENDICE

Sintesi di due sedute

-



III Spiaggia

Sig.ra G. (senza attivare l'apparecchio dell'ossigeno). La signora accetta bene, vive sensazioni che appartengono alla storia di vita, in quanto immagina di essere in spiaggia al Lido (è veneziana). Sente il calore del sole. Percepisce, subito la brezza, si colloca già in posizione protetta, in una nicchia che ha ai lati le pareti di due cabine. E vestita con una vestaglia leggera, i capelli corti (suoi), sono sfiorati dal vento leggero. Percepisce il rumore delle onde. Il cielo è azzurro, sereno. Non accenna ad avvicinarsi all'acqua, ma approfondisce bene tutte le sensazioni, aggiunge di sentire il rumore ritmico della risacca e afferma che la brezza è così piacevole che le viene la pelle d'oca sulle gambe.

Sig.ra M.: subito afferma che non è in spiaggia, è in montagna, è appoggiata con la schiena su un sasso, seduta sull'erba. Sente la brezza fresca, tasta l'erba con le mani e percepisce il contatto piacevole è perché morbida e fresca. È vestita con un grembiule corto di cotone, sfiora i capelli che sono sciolti. L'appoggio al masso è gradevole, non accetta coperte o cuscini (suggeriti). Faccio approfondire il sostegno, l'appoggio, i contatti. Sente il calore dell'aria, ma è all'ombra di una frasca. Davanti vede una vallata verde, c'è qualche nuvola sul cielo azzurro (la invito ad immaginare che la brezza soffiando le disperda). Verbalizza che la sensazione di toccare l'erba le piace molto.

XI Seduta

Immagerie libera

Sig.ra G.:

Imagerie: libera. Si colloca subito a Venezia, la sua città, conosciuta e quindi rassicurante e piena di valore affettivo: è nei pressi della stazione, sta guardando il ponte degli Scalzi. È su una imbarcazione a motore, non molto grande con altre persone 5 o 6 che non conosce e non mette a fuoco. È seduta sul sedile di legno dove appoggia anche le mani per sostenersi. L'imbarcazione non è disturbata dal moto ondoso ed è piuttosto ferma. Ama guardare la vita in movimento, le persone che salgono e scendono dal ponte. La temperatura è buona, c'è il tramonto, con il cielo azzurro, alle sue spalle. La sensazione che prevale è la vitalità. I rumori sono molti, di una città viva ma non sono disturbanti. Percepisce l'odore del salso. Invito, naturalmente, ad approfondire.

Sig.ra M.:

Imagerie: si colloca nella cucina del proprio appartamento, come nell'incontro precedente, seduta sulla sedia a sdraio e con il materassino fatto da lei. Ha le gambe sollevate e sta bene. Poi spontaneamente desidera farsi una minestra e ripete la descrizione dell'incontro precedente con tutta la sequenza di azioni in cui si immagina in piedi a fare la propria cena, utilizzando la propria cucina. Conclude sedendosi a cenare davanti alla tv spenta, gustando ciò che ha sul piatto. Faccio approfondire la sensazione di protezione (essere entro la sua casa), l'appoggio e il contatto, le sensazioni muscolari di sicurezza e la capacità di autonomia.



Immaginario: studi e ricerche

PIÙ DEL DOLORE CRONICO, MOLTO PIÙ DEL DOLORE ACUTO: IL DOLORE TOTALE, LA SOFFERENZA È L'ABBANDONO

Zaninetta Giovanni
Medico chirurgo

Premetto che in questa trattazione verrà considerato il dolore non solo come sintomo ma come manifestazione di un malessere esistenziale, globale.

Secondo il modello bio-psico-sociale nel valutare la malattia dell'individuo, devono essere presi in considerazione oltre alle variabili biologiche i fattori psicologici e sociali. Ciò non è scontato se consideriamo che la medicina attuale è sempre più iper-specialistica, l'attenzione è sempre più spostata sulla patologia e sempre meno sul portatore della patologia. Questo non può esaurire la complessità dell'esperienza della malattia poiché leggere la malattia in termini biochimici e funzionali, non è sufficiente ad inquadrarla senza una valutazione della persona malata. Quali sono i fattori da considerare?

- fattori socio culturali quali:

- le aspettative e le convinzioni sociali sulla malattia,
- la disponibilità e la ricerca di assistenza sanitaria
- l'influenza sociale e l'apprendimento socioculturale

- fattori cognitivi quali:

- pensieri sulla controllabilità del dolore,
- pensieri sull'autoefficacia ("la malattia si risolverà da sola"),
- errori cognitivi provocati dalle scarse informazioni ricevute
- l'abilità di coping del malato e/o della sua famiglia.

- fattori affettivi

- che di solito amplificano la percezione di malattia o la depressione intesa come conseguenza o condizione preesistente alla malattia, l'ansia o la rabbia legate ai ritardi nella diagnosi soprattutto quando si parla di malattie oncologiche (che ostacola le capacità di coping).

- fattori di personalità:

- sensibilità interpersonale;
- paura delle reazioni fisiche;
- preoccupazione per il proprio corpo soprattutto nella società di oggi in cui l'aspetto è una componente essenziale per il nostro benessere;
- pensieri catastrofici.

In ogni caso occorre sempre considerare l'interazione tra la gravità della malattia e la percezione che ne ha il portatore, in quanto non sempre c'è un rapporto direttamente proporzionale tra le due

variabili. Viceversa, quando si parla di dolore la questione diventa più concreta: è molto difficile non ascoltare il dolore, non si può fingere che il dolore non ci sia. Occorre però fare una distinzione tra dolore acuto, assimilabile a un sintomo e che, in quanto campanello d'allarme, se non esistesse metterebbe a rischio la vita stessa dell'individuo (come nel classico esempio cartesiano dell'uomo che tocca il fuoco e ritrae la mano dopo essersi scottato) e il dolore cronico che invece non è un sintomo, ma una vera e propria malattia. L'associazione tra dolore cronico e malattia cronica evolutiva in fase avanzata porta a quello che viene definito il dolore totale che, come vedremo più avanti, non è solo fisico.

Tornando al modello biopsicosociale, è noto che i fattori descritti in precedenza possono agire direttamente aumentando l'attivazione del Sistema Nervoso Autonomo (paura, ansia, rabbia, preoccupazioni), la produzione endogena di oppioidi e la tensione muscolare. Questo a sua volta innesca un circolo vizioso che peggiora il dolore e riduce l'attività fisica, il tono muscolare e la resistenza fisica.

Molti pazienti – ma anche molti medici – vedono ancora il dolore cronico come un sintomo fisico: in realtà è una malattia, che si esprime attraverso dei sintomi, ma pur sempre una malattia. Ciò è dimostrato dal fatto che il dolore cronico ha un'azione plastica sul Sistema Nervoso Centrale, ne cambia l'anatomia. Il dolore cronico è un processo continuo e multifattoriale, si mantiene nel tempo e tende a peggiorare nel tempo; la valutazione degli aspetti fisici, psicologici e sociali è quindi variabile, può via via mutare al variare dell'esperienza dolorosa.

Nel dolore cronico, gli elementi critici di un approccio terapeutico interdisciplinare basato sul modello bio-psico-sociale sono i più efficaci, sia sul piano clinico che su quello del rapporto costo-beneficio.

I fattori biologici, psicologici e sociali devono infatti essere affrontati contemporaneamente con un'attenzione immediata al fattore biologico, ovvero il dolore fisico (la *nocicezione*) in quanto premessa per operare poi sul resto, premessa che non deve però dilatare nel tempo gli altri interventi. Le terapie mediche devono essere integrate con quelle riabilitative e psicologiche per poter affrontare tutti gli elementi che caratterizzano l'esperienza del dolore cronico.

Quali sono le conseguenze personali e sociali del dolore cronico? Si potrebbero annoverare conseguenze finanziarie, professionali, sull'uso dei servizi sanitari con problemi di sistema e sovraccarico di alcuni servizi o difficoltà di accedervi, una compromissione funzionale, una disfunzione interpersonale con difficoltà di relazione causata direttamente dal dolore cronico, disturbi dell'umore e dell'ansia, etc. Se si parla di pazienti in età lavorativa l'aspetto professionale e finanziario può assumere una rilevanza notevole, considerando che alcune di queste variabili sono poco oggettivabili e a volte superficialmente considerati degli espedienti per evitare di lavorare (ad esempio il "mal di schiena" o la cefalea).

La disfunzione interpersonale si può interpretare come il crearsi di un disagio comunicativo che fa del paziente con dolore cronico un paziente che ha difficoltà a relazionarsi, perché il suo dolore diventa un parassita che occupa tutte le sue capacità di relazione e comunicazione.

Il dolore cronico diventa anche un problema familiare, soprattutto in persone giovani o relativamente giovani. Così come è da tenere in considerazione la frustrazione dell'operatore sanitario: non sempre è possibile eliminare il dolore cronico che a volte può essere di difficilissimo trattamento e con risultati scadenti. Tutto ciò comporta un aumento dei costi sanitari (accertamenti frequenti, aumento dei ricoveri, etc.) e sociali (per es: indennità di malattia) e una ridotta produttività del lavoro.

Quindi, riassumendo, i problemi di cui tener conto quando si parla di dolore cronico, sono:

- fattori biomedici;
- la patologia organica;
- problemi medici concomitanti (multimorbilità);



- fattori iatrogeni (ad esempio nella patologia oncologica alcuni dolori sono il risultato della terapia antitumorale);
- aspetti psicologici le credenze sulla malattia; le strategie di coping; il distress; il comportamento rispetto alla condizione di malato e la speranza di cambiamento (che va sostenuta aiutando la persona a perseguire obiettivi realistici, senza illusioni) eventuali conflitti con i sanitari o con le strutture sanitarie).
- aspetti socio-occupazionali (soddisfazione sul lavoro, condizioni di lavoro, caratteristiche del lavoro e le politiche sociali).

Quali sono invece i fattori prognostici psicosociali negativi per quanto riguarda il dolore?

- l'età più avanzata;
- il dolore più intenso;
- una durata più lunga del dolore;
- lunga riduzione di attività (che può portare a un deterioramento fisico);
- la depressione del paziente;
- l'idea che il dolore sia irrimediabile;
- trattamento del dolore con strategie inefficaci (ES: assumendo posizione incongrue, restando a letto più a lungo etc., ma non risolvendo il problema);
- credenze o pensieri inutili o futili;
- ripetuti fallimenti terapeutici (con sentimenti di depressione, irritabilità, inutilità, perdita di sonno);
- uso a lungo termine di oppiacei e sedativi (con effetti collaterali quali problemi gastrici, sonnolenza, costipazione, dipendenza, etc.);
- conflitti lavorativi o perdita del lavoro;
- difficoltà finanziarie;
- stress familiare.

Come si è visto quindi, nel dolore cronico non va curato solo un sintomo, ma una malattia globale che abbraccia una serie innumerevole di aspetti, cercando anche di comprendere il motivo per cui le terapie precedenti sono fallite o valutando insieme a un medico del lavoro quale attività lavorativa sia o meno adatta al paziente.

La legge 38 del 2010 sancisce il diritto dei cittadini di ricevere cure palliative e terapie del dolore e stabilisce, all'art.7, che la rilevazione quotidiana del dolore debba comparire obbligatoriamente sulla cartella clinica di tutti i reparti ospedalieri e degli hospice. Questa legge rappresenta l'affermazione di un principio importante, ovvero che rilevare quotidianamente la presenza o l'assenza di dolore è un dato sostanzialmente e formalmente importante.

Un altro modo per definire la complessità del dolore è quello che si richiama all'esperienza di Cicely Saunders, che negli anni '60 introdusse il concetto di dolore totale a cui, insieme a quanto detto per il dolore cronico, si aggiunge la progressiva consapevolezza dell'avvicinarsi della fine della vita. La differenziazione tra dolore totale e dolore cronico rende giustizia anche della differenza che intercorre tra il concetto di terapia del dolore e quello di cure palliative, che non sono affatto sinonimi: ci sono persone che hanno bisogno di cure palliative perché affette da malattie inguaribili in fase avanzata ma non hanno nessun dolore, e pazienti con dolori terribili ma una aspettativa di vita anche di 30- 40 anni in cui è indispensabile soprattutto o soltanto una efficace terapia del dolore). L'intuizione della Saunders fu quella di identificare questo dolore totale nel contesto della terminalità, in pazienti cioè vicini alla fine della vita. Cicely Saunders inizia come infermiera ma, non potendo esercitare a causa di problemi alla schiena, diventa assistente sociale negli anni '40 del



secolo scorso e si occupa di cure domiciliari soprattutto di pazienti oncologici. Consigliata da un medico e approfittando della sua ottima posizione economica, interrompe il lavoro di assistente sociale e si laurea in medicina, avviando un percorso scientifico e divulgativo sulle cure palliative oltre che clinico dando vita, nel 1967 a Londra, al *St Christopher Hospice* che è considerato il primo hospice moderno.

La Saunders sosteneva due interventi clinici per affrontare il dolore totale ed evitare in modo proattivo che le sfide del dolore fisico e della morte non si trasformassero in sofferenza intollerabile:

- un primo intervento basato sul modello medico convenzionale che si incentra sul dolore fisico migliorando la competenza farmacologica nel campo delle algie per prevenire, piuttosto che alleviare il dolore fisico. Ad esempio, la morfina veniva già utilizzata ma la Saunders teorizzò in maniera scientifica l'utilizzo a orario e a dosi adeguate della morfina per prevenire il dolore, piuttosto che rincorrerlo;
- controllato o molto ridotto il dolore fisico, affrontando tempestivamente il disagio sociale, emotivo e spirituale del paziente grazie anche ad una grande ed empatica capacità di ascolto.

Cosa molto importante è la dimensione spirituale del malato, non solo o non tanto in senso religioso, ma intesa come la ricerca di un significato, la ricerca di un senso a ciò che è accaduto e accade. Uno degli aspetti presentato come buona cura spirituale è, per esempio, favorire nei malati il senso del compimento: poter dire addio; poter dare e ricevere perdono; poter incontrare e salutare le persone desiderate; affrontare il senso di impotenza, la tristezza, la depressione, la perdita di indipendenza, lo sfiguramento; affrontare l'ansietà legate alla paura della morte o alla paura del morire (che sono due aspetti diversi in quanto, il secondo, riguarda la paura del *percorso* del morire, del morire soffrendo); affrontare le preoccupazioni per la famiglia, il danaro, il futuro e la perdita di dignità; affrontare la rabbia per i ritardi diagnostici, per gli intralci burocratici, per l'indisponibilità degli operatori...

Uno dei problemi in via di risoluzione grazie alla presa in carico domiciliare dei pazienti terminali, è il numero eccessivo degli accessi in pronto soccorso di questi pazienti, che è una tortura per loro in quanto vengono messi in secondo piano rispetto alle urgenze e trascorrono ore in pronto soccorso con la percezione di non essere compresi e di essere trascurati, vivendo questa frustrazione che si unisce a quella già presente causata dalla malattia e delle sue conseguenze. Proprio ciò che la Saunders aveva definito "dolore totale".

Se sapremo individualmente e istituzionalmente affrontare in questo modo la malattia mortale potremo dire con Cicely Saunders: *"Noi faremo tutto ciò che possiamo, non solo per aiutarti a morire serenamente, ma anche a vivere finché tu muori"*.



Psicoterapia con l'ITP **NO PAIN**

Secco Silvano

Psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista

Risonanza magnetica di una madre che abbraccia e bacia il figlio provoca una nuvola affettiva. Credits: Rebecca Saxe, Ph.D., Brain and Cognitive Sciences Department, Massachusetts Institute of Technology.

Introduzione

Ho incontrato il dolore in vari contesti, nella vita personale e in quella professionale. Sempre, mi ha colpito quanto il dolore deformi l'Immagine del corpo e nello stesso tempo si associ alla paura, fino ad arrivare alla negazione dell'Essere quando è totale. La paura del dolore genera delle difese psicologiche estreme altre volte si associa ad alterazione delle aree dell'umore con vari livelli e forme di depressione.

Nel contempo, il dolore può diventare parte della vita e come spiega la signora Lorella, durante la nostra intervista, *il dolore deve diventare un Amico*. Del resto le terminazioni nocicettive fanno parte del nostro patrimonio psicofisico.

Il dolore è anche un argomento tabù perché contiene al suo interno elementi di tipo biologico, psicologico, culturale ma anche religioso e spirituale. Nel Libro 3 della Genesi, Dio si rivolse ad Adamo ed Eva che hanno appena assaggiato il frutto proibito dicendo alla donna: *“Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli. Verso tuo marito sarà il tuo istinto ma egli ti dominerà”* all'uomo disse: *“Poiché hai ascoltato la voce di tua moglie e hai mangiato dell'albero, di cui ti avevo comandato: non ne devi mangiare, maledetto sia il suolo per causa tua! Con dolore ne trarrai il cibo per tutti i giorni della tua vita”*.

Questa complessità rende il dolore un argomento difficile da manipolare da parte delle varie figure professionali, anche sanitarie, e richiede una periodica formazione, un regolare confronto, un ricorrente scambio.

Le tecniche psicologiche possono essere suddivise in tecniche semplici, come le bolle di sapone, libretti cartonati per i bambini e in tecniche complesse, come il rilassamento e le visualizzazioni guidate. Le prime tecniche possono essere somministrate da personale non-psicologo, le altre richiedono una preparazione specifica in campo psicologico, sia per offrire ai pazienti o ai parenti le istruzioni relative alla fase dell'apprendimento e sia per seguire il lavoro di monitoraggio. È poi necessario utilizzare un atteggiamento equilibrato che non enfatizzi i benefici che si possono ottenere. In generale possiamo affermare che fornire al singolo paziente o al genitore, quando lavoriamo con bambini, delle tecniche psicologiche di fronteggiamento del dolore consente di non sentirsi oppressi dal senso di impotenza di fronte all'esperienza del dolore.

Il vantaggio, quando lavoriamo con bambini è duplice, in primis li aiuta a contrastare l'intensità del dolore. Inoltre possedere una tecnica permette di non trasformare il dolore in esperienza traumatica, perché aiuta il bambino ed il genitore ad affrontare il senso di impotenza.

Il dolore costituisce sempre un'esperienza soggettiva, un fenomeno neuropsicologico molto complesso ed articolato. La classica dicotomia somatico/psichico può riguardare il meccanismo generatore, l'eziologia, ma non il fenomeno dolore in sé. La relazione tra l'entità dell'alterazione tessutale e la severità percepita del dolore è incerta, in quanto numerosi fattori neurofisiologici, neuropsicologici possono modificare la sua integrazione e modulazione a livello periferico, sottocorticale e corticale.



Il dolore fisico è per definizione il risultato di una serie di reazioni scatenate nel sistema nervoso a seguito di uno stimolo lesivo così intenso da minare l'integrità dell'organismo o Immagine del corpo. Quando chiesi alla signora Lorella descrivermi con una immagine il dolore, lei mi disse che è come un grattacielo che si sgretola, diventa un corpo dove ci sono crepe.

In maniera specifica possiamo affermare che il dolore più è totalizzante e più ha come effetto la disintegrazione dell'Immagine del corpo. Per tal motivo da un punto di vista sia fenomenologico che clinico il rilassamento ha degli effetti positivi poiché ristruttura e quindi reintegra l'Immagine del corpo. Il rilassamento per produrre degli effetti benefici, come verrà spiegato, non deve essere solo superficiale ma deve raggiungere un salto di livello di coscienza e diventare profondo.

Il dolore e le sue componenti

Il dolore comprende questi vari aspetti:

- la *sensazione*, ossia quel meccanismo elementare che si verifica in modo più o meno simile in tutti gli individui a livello dei recettori nocicettivi;
- la *percezione*, che comprende la sensazione elaborata dalle componenti affettive, emotive e dall'esperienza di ognuno;
- la componente *cognitiva*, indica la presenza dei processi di attenzione, di pensiero, di distrazione, di interpretazione, di raffronto con precedenti esperienze dolorose, di valore attribuiti al dolore;
- la componente *comportamentale*, ingloba l'insieme delle manifestazioni verbali e non verbali come il pianto, la mimica, le posture antalgiche;
- l'aspetto *culturale ed esperienziale*, comprende gli apprendimenti all'interno della famiglia e del contesto etnoculturale di riferimento, che contribuiscono a guidare le reazioni ed i vissuti del paziente;
- l'aspetto *spirituale* e trasformativo del dolore.

Da questa definizione emerge chiaramente come il dolore rappresenti una esperienza *soggettiva* e come gli *aspetti emotivi ed affettivi* ne costituiscano una componente essenziale, anziché una semplice reazione ad esso. Smorzare la tonalità affettiva del dolore, rappresenta già una forma d'intervento, che è determinata non solo dalla causa stessa del dolore, ma anche al suo contesto, si pensi ad esempio all'effetto della presenza di un genitore ansioso o tranquillo quando si aiuta un bambino. Il significato e l'incertezza vissuti dal paziente rispetto alla sua malattia ed agli interventi sanitari, modulano anch'essi il vissuto doloroso ed il senso di sofferenza.

La dinamica sofferenza e dolore

È valido, coerente, reale distinguere sofferenza e dolore?

Si dovrebbe distinguere, almeno per quanto riguarda l'origine, il dolore dalla sofferenza, il primo è più direttamente collegato agli aspetti fisici il secondo agli aspetti psicologici, di tipo esistenziale. Affinché il dolore fisico venga percepito necessita di terminazioni periferiche, situate nel derma e in molti organi, che sono i recettori nocicettivi e fibre specifiche.

La sofferenza è qualcosa di più del dolore e questo diventa drammaticamente reale se pensiamo al fenomeno suicidale dove è proprio l'insopportabilità di vivere la vita che conduce l'individuo in questa direzione. Nello stesso tempo vedremo che i due fenomeni, dolore e sofferenza, si intersecano e condizionano reciprocamente.

Affrontare il tema del dolore e della sofferenza significa prendere in considerazione la persona nei suoi vari aspetti costitutivi, ovvero la sua personalità, il proprio passato, la sua famiglia e cultura, il proprio ruolo sociale, la sua vita intima o segreta, le proprie sicurezze o credenze.

La sofferenza psicologica che il paziente depresso vive è molto simile a quella creata da un dolore fisico, non tanto per quanto riguarda le terminazioni del sistema nocicettivo quanto invece per quanto concerne le aree cerebrali coinvolte che sono analoghe. In altri termini il bersaglio della corteccia cerebrale è lo stesso sia per quanto riguarda il dolore psicologico e il dolore fisico.

Particolarmente indagato ^[1] è il ruolo del dolore, sia fisico che psichico, nella depressione (Gaskin 1992 ^[2]). In particolare la depressione ha una elevatissima comorbidità con il dolore cronico (Dersh ^[3] et al., 2006) tanto da portare, quando non vi sia una base fisiopatologica per il dolore stesso, alla diagnosi di *depressione mascherata*. Il dolore psichico, d'altro canto, appare una componente centrale nello stato depressivo.

È stata messa in discussione l'utilità clinica della distinzione tra dolore fisico e psichico in base a numerosi dati clinici e di ricerca.

È stata evidenziata una stretta analogia tra descrizioni soggettive di dolore fisico e psichico, quest'ultimo spesso appare ancor più intollerabile (Mee et al., 2006 ^[4]).

Il dolore psichico e fisico si associano alla depressione e talora la precedono. In uno studio di (Mitchell et al. (2003 ^[5]), il 75% di 270 pazienti depressi aveva subito nell'anno precedente un grave evento stressante, ad esempio la morte di un figlio, in grado di provocare un dolore psicologico insopportabile che diventa fattore di rischio per la depressione e per il suicidio.

Sia il dolore fisico che psichico si correlano con l'ideazione suicidaria, indipendentemente dalla gravità della depressione (Smith, 2004 ^[6]). L'intensità del dolore psichico si è rivelata (Berlim et al., 2003 ^[7]) un predittore del suicidio migliore della depressione e della disperazione stesse, parametri generalmente utilizzati per la valutazione del rischio suicidario.

Numerosi studi basati su neuroimmagini funzionali (Mee et al., 2006 ^[8]) evidenziano l'attivazione delle stesse strutture cerebrali nel dolore fisico e nel dolore psichico: giro cingolato anteriore, insula e corteccia prefrontale. Nel dolore empatico (osservazione di persone care che soffrono) il pattern di attivazione è simile a quello del dolore psichico (Singer et al., 2004 ^[9]). Quello che è diverso e fa distinguere è l'origine.

Diversamente, nel dolore indotto da ipnosi o tecniche suggestive, come ad esempio quelle immaginative, vengono attivate, in analogia con il dolore fisico, anche le aree corticali somatosensoriali (Craig et al., 1996 ^[10]; Derbyshire et al., 2004).

Le ricerche di Borgo (2009 ^[11]) confermano una stretta analogia tra dolore fisico e dolore psichico nel vissuto emozionale (sensazioni somatiche e immagini mentali) e nelle strategie di coping.

Queste considerazioni spiegano anche come le forme di autolesionismo siano dei comportamenti messi in atto dalle persone per trovare un sollievo al dolore psicologico, alla profonda angoscia che sembra più pressante e invasiva rispetto al dolore fisico che si autoinfliggono. Il paziente preferisce tagliarsi e provare dolore fisico piuttosto che sopportare il dolore mentale. In tal maniera il dolore fisico prende il posto del dolore mentale, anche grazie ad un effetto secondario estremamente vincolante che a sua volta può determinare una sorta di dipendenza dal dolore fisico stesso.

Il cutting di per sé dà un sollievo momentaneo, infatti gli adolescenti si tagliano per controllare e interrompere un dolore mentale troppo forte, un'angoscia troppo intensa e insostenibile. Il cutting è utilizzato, anche, per avere la percezione di essere vivi, è come dire che è meglio provare dolore fisico piuttosto che non sentire niente o sentirsi vuoti o inutili. Il cutting crea un rifugio provvisorio che consente all'individuo di trovare un sollievo dalla sofferenza dal problema.

Sul versante neurofisiologico varie sono le determinanti individuate, ovvero il dolore autoindotto stimola la produzione di adrenalina, il cervello dopo una lesione o sforzo fisico rilascia endorfine beta, un antidolorifico naturale che crea una dipendenza e un ciclo di astinenza. La base biologica di questo comportamento potrebbe essere connessa con l'azione della serotonina, la quale a sua volta è implicata nell'impulsività ^[12].

Che cos'è per Lei il dolore?

Un giorno domandai a Fulvia di descrivere il suo dolore. Lei, in fase terminale con tumore osseo metastatico, mi spiegava che anche l'essere spostata di pochi centimetri nel letto le provocava dolori lancinanti. Per tal motivo sarebbe da suggerire al personale sanitario, in questi casi, una cura particolare al posizionamento con apprendimento, ad esempio, di una tecnica specifica come l'handling o danza a due. Riporto qui di seguito la sua narrazione:

"Il dolore accomuna tutti i malati qualsiasi sia la malattia.

Il dolore fisico fa impazzire, sfinisce, spersonalizza, porta la mente ad uno stato di totale disperazione da desiderare qualsiasi cosa, pur di non sentirlo più.

Secondo me, è il dolore fisico che annienta la persona e che toglie la voglia di vivere, non la malattia in sé e per sé, anche se considerata inguaribile. Ed intendo riferirmi al dolore prolungato, intenso crescente, non quello acuto, istantaneo. Si arriva alla fine senza la forza di reagire. Mi sono resa conto che il dolore fisico sperimentato può far regredire una persona ad uno stadio tale in cui si può essere dominati dalla paura che esso arrivi di nuovo e non si sa cosa fare: questa paura aumenta il dolore stesso. È anche per questo che, a mio parere, è difficile separare nettamente il dolore fisico dal dolore psicologico.

Per quanto riguarda il controllo del dolore certo ci sono i farmaci che lo leniscono, ma quale è il farmaco giusto? Credo che sia molto difficile trovarlo e non solo per un certo dolore specifico, ma anche per uno specifico soggetto. È anche per questo motivo che il malato sente il bisogno di aver fiducia nei medici che si prendono cura di lui e questa la si può acquisire quando il medico ascolta di più il malato nel suo dolore. Mi vien da dire: "Lasciatemi parlare, datemi il tempo di dire, so io com'è il mio dolore".

Se il malato viene ascoltato, secondo me, egli fa capire anche che il dolore che sente in un certo momento, anche se intenso, non necessariamente è collegato alla malattia principale, ma a cause secondarie importanti, come per esempio l'immobilità a letto. Ci possono essere, perciò, dei dolori che si possono alleviare cambiando spesso posizione, anche se di pochi centimetri, massaggiando alcune parti, riducendo la tensione muscolare, praticando una paziente e scrupolosa igiene.

Ho poi osservato che il dolore fisico in ospedale è meno sopportabile del dolore fisico a casa propria. A mio parere raddoppia, perché in ospedale c'è tensione, manca la serenità, la comprensione da parte del malato di ciò che sta accadendo.

L'esperienza recente mi ha portato a dover valutare insieme al personale sanitario il mio dolore, a studiarlo insieme per decidere e condividere il da farsi, nei limiti del possibile. Questo è indispensabile perché credo che il malato abbia bisogno di ciò. Un buon rapporto malato-personale sanitario è fondamentale per la sua serenità". [13]

Vorrei ora che voi confrontaste le riflessioni di Fulvia con frasi o punti di vista di altri autori famosi, ma pur sempre persone, dove è possibile cogliere delle differenze, delle contraddizioni e anche contrapposizioni.

Kant: *Il dolore è stimolo dell'attività e solo agendo ci sentiamo vivi.*

Hegel: *Il dolore è il privilegio delle nature viventi, come il privilegio delle nature superiori.*

Novalis: spiega che le sofferenze croniche e il dolore sono come il tirocinio dell'arte di vivere e della formazione dell'animo.

Goethe: afferma che quando l'arte si collega al dolore deve acuirlo per poi poterlo mitigare e trasformarlo in sentimenti più elevati di consolazione, il proprio dolore insegna a condividere quello degli altri.

Francoise Mangerie: *Il dolore è la principale forza motrice della vita.*

Max Scheler: *Un'esistenza senza dolore induce ad una leggerezza metafisica.*

Wittgenstein: *Hai appreso il concetto di dolore imparando a parlare.*



Junger: Parlami del tuo rapporto con il dolore e ti dirò che sei.

W. Helwig: Il dolore è uno degli elementi della grande alchimia... E le parole con cui tentiamo di spiegarcelo non bastano, sono come sabbia in una tempesta nel deserto.

Il racconto di Fulvia ci aiuta a riflettere con più attenzione sul significato del dolore come esperienza soggettiva e individuale che supera certi livelli e diventa totalizzante. La comprensione di questa soggettività passa attraverso il riconoscimento della persona sofferente come *altro da me*. Allo stesso modo Kanitz scriveva, 1990 *“per sapere che cosa il paziente pensi o provi occorre chiederglielo ed essere pronti ad accettare la sua risposta... l'operatore non può sostituirsi al paziente e deve riconoscergli di essere l'unico in grado di dire ciò che prova...”*.

Il parere della signora Lorella.

La signora Lorella ha partecipato al Seminario per testimoniare il suo punto di vista in merito al dolore e alle tecniche che Lei utilizza per affrontarlo sia adoperando la morfina e sia le tecniche psicologiche che ha appreso e fatto proprie durante il suo percorso di psicoterapia con la tecnica ITP.

“Il dolore fisico c'è ma io con questa tecnica (rilassamento e visualizzazioni) vado oltre lo spazio.

Alcuni medici fanno confusione, tendono a mettere tutto allo stesso livello e non ascoltano il paziente.

Le due cose, sofferenza e dolore stanno bene assieme.

Il dolore fisico lo senti in un modo e quello psichico in un altro, ma il dolore fisico incide sullo stato psicologico ... ma anche viceversa.

Il dolore fisico ti logora psicologicamente ad esempio: ho parlato con una donna depressa di una certa età e l'ascoltavo nel parlare, il suo tono di voce, le sue pause. Lei ha una trombosi. Parlava della sua mamma morta 20 anni fa e il suo dolore fisico si sovrapponeva al suo dolore psicologico. Io le dicevo se stai sul male ti perdi, cerca di distoglierti, fai del rumore in casa. Io ho spesso la TV accesa in casa perché ti distoglie, il rumore impegna la mente.

Che cos'è il dolore per lei, come lo definirebbe?

Il dolore inizialmente non è un amico. Nel tempo devi intraprendere un dialogo, perché fa parte di te.

Se te lo fai nemico si forma una specie di attrito e allora devo prendere sempre più farmaci.

È come se ti trovi ad un bivio o amico/dialogo o nemico.

Tu lo senti e lo ascolti o ti metti in un angolo e ti commiseri, o l'accolgo e reagisco. Cerco che non prenda il sopravvento su di me. Lo vedi e lo riconosci.

Come me lo immagino? Il dolore è come un grattacielo che si sgretola perché sgretola il tuo corpo, quando una casa sgretola ci sono le crepe.

Se tu vuoi trovare pace devi immaginare l'acqua che corre con vari colori, si parte dal grigio per arrivare ai vari colori.

A me piace il mare perché il mare trasporta.

Io abito vicinissima al Piave, quando il Piave è in piena io non ho paura ma immagino che questa acqua, la trasformo in modo positivo, io l'ascolto e mi lascio trasportare lascio che trasporti via il mio dolore, il Piave pulisce, poi quando la piena finisce c'è la serenità, l'acqua da marron diventa trasparente.

Il Piave è come il dolore che logora. Vedi massi di terra e sassi portati via, il dolore porta via tutto di te, non ti chiede il permesso.

Il dolore è qualcosa di aggressivo, è come il nero, il marron fango che poi diventa acqua limpida.



Come ha imparato a rilassarsi e a immaginare?

All'inizio del rilassamento c'è una forma di coscienza, faccio tutti gli incroci, parti degli arti e del corpo prima destro e poi sinistro, poi arrivi alla testa cioè alla respirazione, ci sono dei respiri profondi che ti portano a fare uno stacco, andare sopra, è come non avere più coscienza, diventa qualcosa di non più corporeo, non c'è più il tuo corpo, fai come delle scalette dentro che ti portano alla serenità, vado al livello superiore e mi sdraio sulla mia nuvoletta, in quel momento il dolore è sotto, c'è ma io sono sopra.

Lo senti il passaggio di stato di coscienza.

Il dolore ha un corpo solido e tu devi andare sopra.

Io lo vivo questo distacco, è come se fai un respiro profondo che come un aereo ti porta in alto.

Non c'è niente di materiale è una sensazione.

Io dico che dentro di me ci sono degli spazi e tu devi superarli.

Tu il dolore dalla nuvola lo vedi ma non lo senti.

Alla notte che strategie utilizza?

Alla notte a letto non posso mettermi stesa ma devo trovare una posizione rannicchiata, non devo mettermi in tensione devo trovare uno schema di storto, devi trovare la posizione giusta.

Comincio sempre con il respiro per svuotare la mente, poi parto dal piede e cerco di rilassarmi, quando respiri e ti svuoti ti allontani anche dal corpo, c'è qualcosa che chiacchera forte ma devi cercare il decollo.

A letto c'è un corpo estraneo che è il materasso e tu devi fare una fusione e lo fai attraverso il respiro, trovi allora la posizione comoda e di scarico del peso.

Le parti del corpo che non senti le cerchi basandoti sulle piccole sensazioni, quando compero le scarpe mi chiedono come le senti? A te viene da impazzire, ti perdi a cercare le piccole sensazioni

L'uso della morfina?

Per rimanere vigile con la testa, io posso usare dei dosaggi in base al dolore, però perdo il controllo della testa, ti addormenta, io voglio essere vigile e vivere la vita e per mia scelta prendo memo e adotto il mio sistema.

Esempio: sono nella sala operatoria per fare un intervento alla mano, l'intervento dura troppo e l'effetto stava sparendo, loro stavano lavorando sull'osso e per chiedere ancora anestesia. Ho rifiutato la seconda dose di anestesia e quindi ho cercato di isolarmi. Ero distesa nel lettino ho iniziato a respirare e concentrarmi su altre cose e isolare il dolore. Ho visualizzato le mie immagini di leggerezza, poi il vuoto, il nulla. Io mi posiziono nel mio vuoto dove non ci sono sensazioni, il nulla, tu devi posizionarti staccandoti dal corpo che ti fa male, è stata una mia scelta non farmi dare altra anestesia.

La persona che ha dolore si trova di fronte ad un sapere, quello del medico, che sa tutto ma la mette in difficoltà facendola sentire piccola ma che ha dolore è in grado di descriverlo.

Sono importanti le metafore, la persona parlando è come se scaricasse e in questo modo è già un aiuto, mentre ne parli dai una immagine e ti senti alleggerita.

Attraverso il lavoro che stavamo facendo in psicoterapia io provavo sensazioni di leggerezza, avevo dei benefici anche per il dolore sul mio corpo e piano piano ho fatto mia la tecnica.

Quando abbiamo iniziato la psicoterapia io ero abituata ad avere il controllo di me, e con la psicoterapia era come se si sgretolasse la mia corazza del controllo di me e ti portava a dei benefici e ho fatto mio quel beneficio.

Se una persona sta vicino al paziente oncologico lui può seguire la voce e lo distrae, non lo fa sentire solo, sentirti meno soli con il dolore perché il dolore fa paura e senti che qualcuno ti capisce, è la



cosa più importante è portare la mente da un'altra parte, come io quando guardo i miei fiori e mi lascio trasportare.

E la cosa più bella è il vuoto”.

Le mani e il dolore.

La storia di Elena Bernabè (psicologa) mi sembra molto significativa e ci può aiutare nella riflessione circa le strategie psicologiche da usare quando ci troviamo di fronte alla sofferenza.

“Nonna, come si affronta il dolore?”

“Con le mani, tesoro. Se lo fai con la mente il dolore invece di ammorbidirsi, s'indurisce ancora di più”

“Con le mani nonna?”

“Sì. Le nostre mani sono le antenne della nostra anima. Se le fai muovere cucendo, cucinando, dipingendo, suonando o sprofondandole nella terra invii segnali di cura alla parte più profonda di te. E la tua anima si rasserenava perché le stai dando attenzione. Così non ha più bisogno di inviarti dolore per farsi notare”

“Davvero le mani sono così importanti?”

“Sì, bambina mia. Pensa ai neonati: loro iniziano a conoscere il mondo grazie al tocco delle loro manine. Se guardi le mani dei vecchi ti parlano della loro vita più di qualsiasi altra parte del corpo. Tutto ciò che è fatto a mano si dice che è fatto con il cuore. Perché è davvero così: mani e cuore sono connessi. I massaggiatori lo sanno bene: quando toccano il corpo di un'altra persona con le loro mani creano una connessione profonda. È proprio da questa connessione che arriva la guarigione. Pensa agli innamorati: quando le loro mani si sfiorano fanno l'amore nel modo più sublime.”

“Le mie mani nonna... da quanto tempo non le uso così!”

“Muovile tesoro mio, inizia a creare con loro e tutto dentro di te si muoverà. Il dolore non passerà. M si trasformerà nel più bel capolavoro. E non farà più male. Perché sarai riuscita a ricamarne l'essenza”

Basi neurofisiologiche

Le basi neurofisiologiche sottese al dolore sono estremamente complesse, è importante anche ai fini di una comprensione in merito all'efficacia delle tecniche psicologiche averne un'idea anche se molto sommaria. Gli interventi di tipo psicologico potranno trovare una conferma oggettiva, dimostrando come non siano mero un effetto placebo, bensì producano dei cambiamenti concreti.

La percezione del dolore è il risultato finale di una serie di eventi che si concatenano l'uno all'altro dalla periferia del corpo alle aree cerebrali, passando attraverso una serie di relè o stazioni con funzioni di elaborazione sempre più sofisticate:

- trasduzione;
- trasmissione;
- modulazione.

La trasduzione è la conversione, effettuata dai recettori nervosi periferici, di stimoli eccessivi di tipo chimico, meccanico e termico, in impulsi elettrici che viaggiano lungo le fibre nervose. Il tipo di stimolo è codificato dalla frequenza degli impulsi.

La trasmissione è influenzata da due importanti fenomeni, la sensibilizzazione e il gate control. La sensibilizzazione è la facilitazione della trasmissione dello stimolo doloroso quando si protrae nel tempo. Il gate control è la possibilità che input sensitivi non dolorifici possano chiudere il cancello, impedendo la trasmissione degli stimoli nocicettivi. In altri termini poiché le vie nervose che

conducono gli stimoli sensitivi periferici verso la corteccia cerebrale hanno una capacità di conduzione quantitativamente limitata, l'aumento degli input non nocicettivi riduce la trasmissione di quelli dolorifici. Su tale principio si basano le tecniche dell'ago puntura e le tecniche psicologiche.

La modulazione sta ad indicare che lo stimolo nocicettivo durante il suo percorso alla corteccia subisce un processo di modulazione. Esistono in pratica strutture cerebrali, come il grigio periacqueduttale e nucleo del rafe magno, da cui originano vie nervose discendenti che vanno ad influenzare, soprattutto a livello del midollo spinale, le vie ascendenti del dolore, riducendo la trasmissione degli stimoli elettrici nocicettivi. I mediatori chimici coinvolti in questi processi sono la serotonina, la noradrenalina ed i cosiddetti oppioidi endogeni, o endorfine.

Come risultato di queste complesse vie del percorso nocicettivo abbiamo una esperienza sgradevole modificabile con il passare del tempo. In termini tecnici l'esperienza dolorosa in generale comprende:

- La presa d'atto dell'input nocicettivo dalla periferia con sensazione, percezione cognitiva, ovvero il dolore propriamente detto;
- La componente affettivo-relazionale o sofferenza, correlata alla personalità e allo stato psicologico, che determina il modo diverso di percepire il dolore.

Il messaggio nocicettivo ^[14] si specifica dallo stimolo delle terminazioni libere amieliniche e mieliniche costituenti arborizzazioni sia nei tessuti cutanei, muscolari ed articolatori, sia nelle pareti viscerali. I messaggi nocicettivi sono veicolati nei nervi da differenti tipi di fibre nocicettive, catalogate secondo il loro diametro e l'esistenza o meno della guaina mielinica. Gli studi con tecniche di registrazione dell'attività elettrica ha permesso di scoprire che il ruolo maggiore, nella ricezione e nella modulazione dell'intensità del dolore, è giocato dai nocicettori polimodali ^[15] di tipo C. Quando si applicano degli stimoli ripetuti allora queste fibre diventano la sede del fenomeno di sensibilizzazione che si manifesta con diminuzione della soglia di attivazione, oppure con aumento delle risposte, o ancora con comparsa di attività spontanea. Questi fenomeni possono essere all'origine delle reazioni di iperalgesia ovvero sensibilità accentuata per stimoli normalmente dolorosi.

Le altre fibre nocicettive sono le fibre A delta scarsamente mielinizzate, nell'ambito delle quali sono state identificate varie sottoclassi. Sono fibre con una maggiore velocità di conduzione, spesso legate al fenomeno dell'allodinia ^[16].

A livello dei muscoli un gran numero di fibre A delta e C sono nocicettori polimodali particolarmente eccitati dalle sostanze allo gene e dagli stimoli termici. Non si può affermare comunque che tutte queste fibre sottili siano implicate nella nocicezione, infatti attraverso la loro attivazione durante la contrazione muscolare, certe potrebbero essere implicate nella induzione dei riaggiustamenti circolatori e respiratori durante l'esercizio muscolare. I nocicettori sono stati individuati anche nelle articolazioni.

Attualmente è difficile sapere in quale misura il dolore di origine viscerale risulti dall'attivazione di nocicettori specifici o dall'attivazione eccessiva dei recettori che, in condizioni normali, partecipano alla regolazione riflessa della funzione viscerale.

Numerosi fattori chimici sono capaci di modificare l'attività delle fibre afferenti primarie di piccolo diametro. Una percentuale elevata di fibre C e A-d non può essere attivata da stimolazioni estreme che provengano da tessuto sano, ma presenta un'attività spontanea elevata ed una soglia di attivazione relativamente bassa dopo la creazione di un'inflammation articolare o cutanea.

Dopo il loro tragitto nei nervi periferici, le fibre afferenti raggiungono il sistema nervoso centrale attraverso le radici spinali posteriori o il loro equivalenti dei nervi cranici. Le fibre A-d e C terminano a livello degli strati superficiali delle corna dorsali del midollo spinale (lamina I e II di Rexed).

Il problema relativo ai neurotrasmettitori è molto complesso, perché una stessa fibra può contenere la sostanza P ^[17], ma anche numerosi altri peptidi (somatostatina, CGRP), il cui ruolo va determinato.

Nelle corna dorsali del midollo, due principali gruppi di cellule sono attivate dalla messa in gioco di fibre sottili:

- I neuroni-non-specifici che rispondono a volte a stimolazioni meccaniche leggere e a stimoli nocicettivi meccanici, termici e talvolta chimici, possiedono la proprietà di accrescere la loro scarica in funzione dell'intensità dello stimolo;
- I neuroni nocicettivi chiamati specifici in quanto non sono eccitati che da stimolazioni meccaniche e/o termiche intense, vale a dire unicamente nocicettive.

Soprattutto quelli del primo gruppo sono attivati anche da stimoli viscerali, muscolari e articolatori intensi.

L'esistenza di una convergenza viscero-somatica dimostra la teoria della proiezione convergente utilizzata per spiegare i dolori proiettati. Questi dolori, secondo la teoria, sarebbero legati alla convergenza di messaggi nocicettivi cutanei e viscerali su una popolazione di neuroni spinali, che trasmettono l'informazione ai centri sopra midollari. Ad esempio l'angina pectoris si manifesta frequentemente con dolore all'arto superiore sinistro, la colica epatica con dolore a livello della scapola destra.

Si può affermare che la stimolazione nocicettiva inizia nelle terminazioni periferiche, A-d e C, ma per così dire è interpretata ad iniziare dal primo relè che avviene a livello delle corna dorsali del midollo spinale, poiché lì incontrano i gruppi di cellule.

L'organizzazione delle vie ascendenti è molto complessa, ad esempio una sola fibra ascendente può proiettarsi a livello reticolare e talamico.

Nota la complessità dei fasci ascendenti che conducono il messaggio nocicettivo nelle varie regioni risulta evidente che è sempre più difficile seguire il percorso di tali messaggi nell'ambito del Sistema Corticale, numerose sono le aree cerebrali implicate. Attualmente studi anatomici su ratti e scimmie hanno dimostrato che i neuroni talamici si proiettano massivamente a livello della corteccia somestesica primaria.

Il ruolo delle regioni talamiche che ricevono proiezioni dirette del midollo spinale potrebbero essere implicate nelle risposte motorie conseguenti all'applicazione di uno stimolo doloroso. Numerosi studi hanno dimostrato l'intervento di diverse strutture della formazione reticolare bulbare, pontina e di strutture talamiche dove si proiettano tali vie. Tenendo conto delle proiezioni di tali regioni a livello dei nuclei striati sembra che esse possano contribuire alla attivazione dei sistemi di difesa contro un'aggressione nocicettiva.

La dimostrazione della via spino-ponto-amigdala è relativamente recente e fa comprendere il ruolo della paura.

La modulazione del messaggio nocicettivo non è rigida. Nei diversi livelli del circuito il trasferimento dell'informazione è costantemente modulato da diversi sistemi di controllo. Già il sistema presente a livello del corno dorsale non può essere considerato come semplice mediatore tra nervi periferici e cervello.

Nel '65, Melzack e Wall hanno proposto una teoria che, seppur parzialmente dimostrata, ha consentito di modificare i precedenti interventi che si basavano sulla interruzione o distruzione delle vie e relè del dolore, con sezione dei nervi, di radici dorsali, cordotomie e altre simili. Gli interventi ablativi hanno lasciato il posto alle tecniche di neurostimolazione che rafforzano l'attività dei sistemi di controllo inibitori. I due autori hanno proposto una teoria del dolore detta del gate control, teoria del cancello, che attribuisce un ruolo importante alle integrazioni midollari.

Attualmente si va dimostrando che la stimolazione centrale libera endorfine, l'ipotesi quindi è che esista un sistema analgesico endogeno, che ha il suo locus in diverse strutture mesencefaliche, pontine e bulbari. Esso farebbe parte di un anello di feed-back negativo attivato da stimolazioni intense provocando di conseguenza l'inibizione della trasmissione dei messaggi nocicettivi a livello midollare.

La Rivista *Nature* ha pubblicato il risultato di una ricerca di un gruppo di scienziati della University of California di San Francisco guidato da Luc Jasmin e Peter Ohara. La ricerca ha dimostrato che modificando i livelli di una determinata sostanza in un'area precisa della corteccia cerebrale, si può modificare sensibilmente la soglia del dolore. Così, se si inserisce in una zona del cervello dei ratti



nota come insula, un gene che induce le cellule cerebrali a produrre maggior quantità di un neurotrasmettitore chiamato GABA si ha una notevole riduzione della sensazione dolorosa. Questo risultato si ottiene anche aggiungendo direttamente il GABA nell'insula.

Alberto Granato che ha partecipato agli esperimenti aggiunge che ci sono molti legami anche con l'amigdala la quale vi partecipa inserendo le emozioni come l'ansia o la paura.

Aspetti evolutivi del dolore

Nel neonato i sistemi anatomici, funzionali, neurochimici sono sufficientemente sviluppati già alla nascita da permettere la percezione del dolore. Si può affermare con certezza che i neonati sono sensibili al dolore, come anche allo stress. I neonati in terapia intensiva sottoposti a ripetute procedure spiacevoli trattengono il respiro o si addormentano come difesa.

Nella prima infanzia la percezione del dolore è più acuta perché i sistemi nervosi discendenti di controllo, che inibiscono la trasmissione del dolore, sono immaturi.

I lattanti e i bambini in età prescolare rispondono soprattutto con pianto, movimenti massicci e tentativi di fuga dallo stimolo doloroso.

In età scolastica e in adolescenza sono più comuni la presenza di smorfie di dolore, trasalimento o descrizioni verbali.

Solitamente i bambini dopo un intervento chirurgico tornano prima dei grandi a giocare normalmente.

Prima dei sei mesi il dolore arriva ad avere un impatto duraturo sul comportamento e produce un ricordo senza parole perché le aree del linguaggio non sono attive.

Ogni età ha le sue paure e i suoi dolori:

- le coliche compaiono solo nei primi mesi di vita;
- il mal d'orecchi colpisce in particolare i lattanti e i divezzi;
- il dolore della dentizione riguarda i bambini in età prescolare;
- nell'età scolare abbiamo con frequenza dolori addominali e dolori di crescita;
- in adolescenza prevalgono cefalee e dolori al torace;
- prima della pubertà si hanno cefalee, dolori addominali, dolori alle articolazioni, dolori temporomandibolari.

Influenza dello sviluppo cognitivo sul dolore

Lo sviluppo cognitivo influisce la diversa concezione che i bambini hanno della natura, del trattamento e della causa del dolore.

Nei bambini dai due ai sette anni, che presentano un tipo di pensiero preoperatorio, le definizioni di dolore sono impregnate sugli aspetti fisici percettivamente dominanti. Un bambino di tre anni ad esempio può dire "*Mi faccio sangue*" invece che usare l'espressione "*Mi fa male*".

Il gruppo dei bambini dai due ai sette anni tendono a credere ai propri sensi. Per esempio hanno molte difficoltà a convincersi che una puntura dolorosa possa davvero farli star meglio, così può succedere che non denuncino il dolore per paura delle punture intramuscolari.

A questo stadio evolutivo, inoltre, due eventi possono venir associati e generalizzati perché accadono contemporaneamente. Per esempio il bambino viene portato dal medico per una vaccinazione, da allora si convince che ogni visita medica comporti una puntura. I bambini a questa età spesso non colgono il nesso tra dolore e malattia. Per esempio possono affermare che "*Il dolore è dove fa male*" o "*Il dolore è nella testa*".

I bambini dagli otto ai dieci anni, che presentano un tipo di pensiero concreto, cominciano ad usare analogie fisiche per descrivere il dolore e mostrano consapevolezza dell'effetto del dolore sullo stato d'animo di chi soffre. I bambini a questa età comprendono che vi è un rapporto tra dolore, sintomi e malattia. Non possiedono un'idea chiara sulle cause del dolore. Possono comprendere questa formulazione: *“La chemioterapia è come un veleno che uccide il cancro”*.

I ragazzi che hanno dagli undici ai quattordici anni, che presentano la capacità di fare delle operazioni logiche formali, tendono a dare una definizione del dolore sia fisica che psicologica, cercando di affrontarlo, sopportarlo stoicamente. A questa età riescono a capire in modo coerente ed elaborato le interazioni fisiologiche tra salute, malattia e dolore.

Bisogna ricordarsi sempre che sotto l'effetto dello stress il livello e funzionamento del pensiero, sia nei bambini e sia negli adulti, può regredire ad uno stadio più primitivo.

Le capacità di ragionamento astratto vengono raggiunte solo nell'adolescenza, i bambini non possiedono questa capacità, non tenerne conto altera la relazione e di conseguenza la comunicazione adulto-bambino.

I bambini molte volte prendono le espressioni metaforiche in termini concreti e non astratti. Se sentono che una persona è stata buttata fuori dal posto di lavoro può pensare che sia stata fisicamente scaraventata dall'edificio. Così bambini o anche adulti immaturi di fronte ad espressioni del tipo strappo, ti taglio possono rimanere disorientati, spaventati da trigger verbali.

Delle volte meglio per dare delle spiegazioni l'uso del disegno è migliore rispetto all'uso delle parole. Ad esempio si può utilizzare il disegno per spiegare dove entra il liquido della flebo. Allo stesso modo potrà essere descritto il percorso che si segue in ospedale per raggiungere un certo reparto. In modo analogo si potrà chiedere al bambino di utilizzare il disegno ed i colori per esprimere le sue domande, i propri stati d'animo.

Lo sviluppo affettivo e il dolore

Anche lo sviluppo affettivo del bambino è importante nel rendere soggettivi i vissuti e le reazioni nella situazione di dolore, e in particolare lo sviluppo del suo senso di sicurezza. Questo riguarda anche l'adulto e l'anziano anche perché il dolore fa regredire la persona a fasi evolutive precedenti.

Per i teorici dell'attaccamento, Bowlby e Ainsworth, esistono importanti e determinanti connessioni fra il senso di sicurezza e la capacità di reagire in maniera adeguata ad una situazione di disagio e sofferenza. La sicurezza consiste nella sensazione interna di fiducia e di certezze. La sicurezza può essere acquisita solo dopo aver vissuto esperienze di relazione con un altro, attraverso cui sia stato possibile sperimentare sensazioni positive di contenimento, alleviamento delle tensioni, calore.

Alcuni esempi di sicurezza richiamano il concetto di holding, di handling e sono l'essere tenuti tra le braccia, essere guardati negli occhi e sentirsi riconosciuti, aggrapparsi a qualcuno. Se il bambino, come afferma Winnicott, può usufruire di ripetute esperienze di contenimento, introietterà una immagine positiva di Sé, in grado di sostenere e abbracciare dall'interno e questo gli permetterà di affrontare con maggior autonomia emotiva le situazioni di sofferenza.

Lo sviluppo sociale ed il dolore

Molti comportamenti vengono appresi nell'infanzia e plasmati nell'età adulta. Il bambino impara ben presto che al dolore si reagisce con il pianto per essere accuditi e che il conforto da parte di una persona amata dà sollievo al dolore. Il bambino viene inoltre influenzato profondamente dagli atteggiamenti dei genitori nei confronti del dolore; alcune famiglie dimostrano una eccessiva preoccupazione anche per piccoli malanni, mentre altre possono essere noncuranti anche di fronte a ferite molto gravi.

Nel caso di bambini che non affrontano bene il dolore si deve cercar di capire i modelli proposti dai genitori ed il setting familiare. Si possono porre delle domande come ad esempio *Come reagisce la*



mamma o il papà di fronte al dolore? Il papà manca spesso da lavoro per dolori o malattie?, Qualcuno in famiglia o un tuo caro conoscente ha avuto di recente una malattia?

Dobbiamo inoltre accertarci se i familiari si propongono come modelli positivi, oppure se cedono facilmente allo sconforto di fronte sofferenze anche lievi, senza mobilitare le loro risorse personali.

Date le difficoltà nel bambino di esprimere con le parole la propria esperienza è indispensabile, per una corretta valutazione del dolore, ricorrere al colloquio con i genitori per capire come normalmente reagisce allo stimolo doloroso, all'ansia e alla paura.

Tuttavia, rivolgere le domande sul dolore esclusivamente ai genitori è limitante perché ci priva della possibilità di ascoltare la descrizione e interpretazione dei sintomi e priva il bambino della possibilità di diventare soggetto attivo. Per ottenere i vari punti di vista è utile ascoltare i problemi separatamente con i singoli familiari.

Un altro aspetto sociale importante da prendere in considerazione è se sia opportuno o meno la presenza dei genitori durante le procedure dolorose. Da un sondaggio è risultato che il 99% dei bambini ha dichiarato che la cosa che li aiuta quando sentono il dolore è avere accanto un genitore. Certamente la presenza dei genitori richiede che il personale addetto fornisca al caregiver di riferimento istruzioni precise su come suggerire al bambino le strategie più efficaci per fronteggiare il dolore. Verrà poi scelto il genitore meno ansioso e più rassicurante.

La reazione empatica al dolore altrui

La rivista Nature ha riportato uno studio svolto da psicologi italiani, Alessio Avenanti e Salvatore Aglioti, dove viene dimostrato che la risposta empatica al dolore altrui è legata a cambiamenti neurali in precise strutture cerebrali. L'attività della corteccia motoria è stata valutata mentre dei volontari guardavano un videoclip in cui un ago penetrava in una mano, un cotton fioc toccava la mano nello stesso punto e un ago penetrava in un pomodoro. Si è visto che mentre guardavano l'ago entrare nella mano il loro sistema motorio riduceva l'eccitabilità, come se essi stessi provassero dolore. Quanto più i volontari ritenevano che l'altro soffrisse, tanto più risultava ridotta l'attività della corteccia motoria. Il fenomeno chiamato dai due autori *contagio somato motorio* scatta alla vista del dolore. Questo tipo di empatia probabilmente serve ad imparare a come reagire al dolore.

Abuso della definizione psicologica del dolore

Quando la causa del dolore (dolore addominale, cefalee, dolore agli arti) è ignota vi è la tendenza a fare una diagnosi di dolore psicogeno, come se il paziente non provasse dolore o come se in ogni caso si trattasse di un dolore immaginario.

In realtà il dolore non è né puramente organico né solamente psicologico, ma è sempre la risultante di fattori organici, psicologici e sociali.

Un dolore può essere funzionalmente connesso ad una causa esterna come ad esempio un dolore addominale che si manifesta subito prima di un compito in classe e passa non appena l'alunno ha superato la prova. Anche in questo caso il dolore ha delle componenti psicologiche, sociali ed anche organiche perché l'alunno sente realmente dolore. La situazione diventa più complicata quando ci troviamo di fronte ad una fobia scolastica e nello stesso tempo è presente una malformazione intestinale.

Il processo di autocura

Il ruolo di chi aiuta non dovrebbe essere solo quello di curare, ma anche quello di attivare nel paziente i processi psicologici interni di autoguarigione, di prendersi cura da solo.

"Aspetta che faccio io, faccio da solo" è un ritornello molto frequente nei bambini e in generale loro vogliono fare ancor prima di saper fare. Questa è una disponibilità del tutto particolare e precoce nei



bambini. Se possono sentirsi parte attiva nella propria guarigione, trovando i modi di alleviare in parte l'ansia e il malessere, i risultati delle cure farmacologiche sono migliori.

I bambini possiedono in modo naturale questo senso di padronanza del corpo perché lo stanno vivendo nella loro età.

Un altro aspetto importante per l'utilizzazione delle strategie psicologiche è che i bambini sono in uno stato di stretta integrazione tra i processi consci ed inconsci, tra realtà e fantasia, così l'apprendimento avviene a vari livelli di coscienza simultaneamente. In altri termini i confini tra fantasia e realtà sono fluidi e gli permettono di entrare rapidamente in uno stato di coscienza alterato in cui è possibile modificare sensazioni, percezioni, esperienze.

La rabbia e la passività

Il dolore si associa spesso a due tipi di livelli elevati la rabbia in primis mentre altre volte troviamo la passività. Più marcato appare il senso di impotenza e maggiore sarà la sensazione di rabbia o passività.

L'intervento psicologico a questo livello consiste nel cercare, assieme al paziente, delle strategie adeguate e socialmente accettabili di espressione della rabbia.

Se il senso di rabbia venisse etichettato come negativo la persona si sentirebbe in colpa. Se il senso di rabbia venisse compresso, inibito la sua energia troverebbe delle vie di sfogo alternative, così la persona potrebbe inconsapevolmente dirigere verso se stessa o verso l'ambiente l'aggressività distruttiva.

Nel caso di una risposta passiva al dolore, la sua energia potrebbe trasformarsi in una patologia di tipo depressivo.

Dolore e senso di colpa

Esiste, in particolare in alcuni adulti con Super Io rigido e sadico, un pensiero disfunzionale così enunciabile: *Se sono malato è colpa mia ... io sono responsabile della mia malattia ... è colpa mia.*

Questo è un pensiero presente alcune volte nei pazienti oncologici, per cui è importante che lo psicologo intervenga con un lavoro di decolpabilizzazione o desensibilizzazione verso il senso di colpa.

Come esiste l'attribuzione di colpa e l'accettazione di responsabilità, così esiste la malattia psicosomatica e la salute psicosomatica. In altri termini se possiamo involontariamente renderci malati allora potremo aiutarci a guarire. È questa accettazione della responsabilità e conquista del senso di padronanza che avvia il processo trasformativi della guarigione.

Valutazione del dolore nel bambino

Per un operatore sanitario è importante riuscire a valutare i livelli di intensità soggettiva del dolore. Nella valutazione del dolore nel bambino dobbiamo considerare il livello cognitivo raggiunto, la competenza linguistica, lo sviluppo affettivo e sociale, l'esperienza del bambino e dei familiari di fronte al dolore.

È indispensabile, per una corretta valutazione del dolore in uno specifico bambino, oltre all'osservazione clinica, un colloquio con i genitori che permetta di individuare i comportamenti caratteristici nella reazione allo stimolo doloroso, agli stati d'ansia e alle paure.

È importante fare riferimento a quello che ci dice il bambino, anche nella forma di fantasie. Per facilitare la comunicazione con il piccolo paziente sono stati sperimentati alcuni utili e semplici strumenti come le *tavole psicologiche*, cioè una serie di disegni in cui il bambino deve riconoscersi e che ritraggono varie situazioni, diversi stati d'animo come la risata, il pianto, la rabbia, la tristezza.

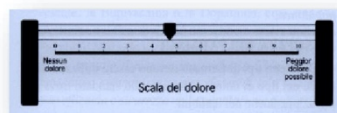
Un altro esempio di questo tipo di stimolo comunicativo è la scala rappresentata dal disegno delle sei faccine in sequenza che dimostrano espressioni di dolore di intensità sempre più forte (Wong/Baker).

Un altro strumento utile con bambini in età prescolare è la Scala del poker dei pezzetti (Hester 1979) rappresentativi dell'intensità del dolore. Permettono al bambino di far comprendere concretamente all'operatore o ai genitori quanto dolore ha.

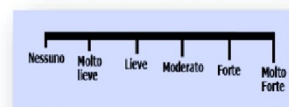
Anche il colore può essere utile per valutare l'intensità e la sede del dolore. La Scala dei colori di Eland usa delle figure che rappresentano il corpo umano e dei pennarelli colorati. I bambini devono scegliere un colore che significhi per loro nessun dolore, un po' di dolore, dolore forte, dolore fortissimo. Devono poi colorare nel disegno la parte del corpo dove sentono male.

La figura del corpo umano può essere spesso usata per indicare la sede del dolore dato che è difficile per i bambini conoscere le parti anatomiche o vi può essere imbarazzo nel nominarle.

Dialogare con il paziente non solo aiuta a valutare il dolore, ma può rientrare a far parte dei presidi d'intervento psicologico di cui l'operatore dispone. In alcuni casi, infatti, parlare col bambino o distrarlo con una favola o con dei giochi può aiutarlo a tranquillizzarsi e quindi a dare meno importanza al dolore che di conseguenza diminuisce anche di intensità e frequenza.



Scala analogica visiva (VAS)

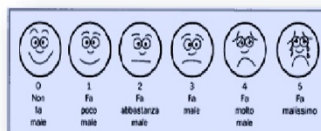


Scala grafica verbale (VR5)

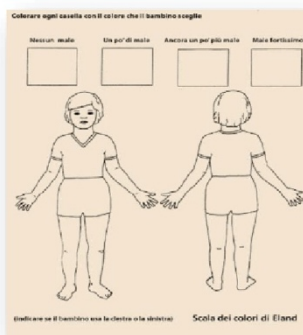
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



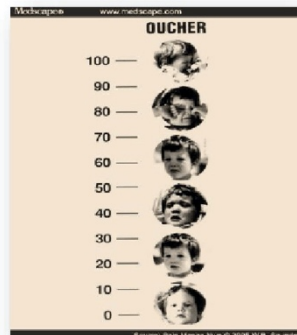
Scala numerica semplice (NRS)



Scala Wong e Baker



Scala dei colori di Eland



Scala Oucher



Il dolore e le strategie psicologiche

Lo scopo dei metodi psicologici di fronteggiamento del dolore è quello di potenziare le risorse e le normali difese psicologiche del paziente riducendo al minimo il dolore, l'ansia, il disagio, lo stress, i sensi di colpa, il disturbo depressivo. La persona apprendendo un metodo si trova ad avere in mano uno strumento da utilizzare nel dialogo e nel controllo del dolore.

L'operatore deve rivolgersi direttamente al bambino, cercando con rispetto di incontrare il suo sguardo, mentre gli parla con calma, alla sua altezza. L'intervento deve essere attivo, informale, coinvolgente. Il contatto oculare va sempre modulato in particolare con bambini autistici, bambini ipersensibili.

Il linguaggio verbale deve essere adeguato all'età del paziente, le parole devono essere semplici e concrete. Il tono della voce caldo, affettuoso, tranquillo, può bastare da solo a tranquillizzare, definendo il contesto come non minaccioso.

Descriveremo ora le cose da fare e quelle da non fare per poi passare alle tecniche di distrazione che si possono proporre, tratte da alcuni opuscoli elaborati dall'Istituto Mayer di Firenze.

È stata la signora Benini che un giorno, venuta a Treviso per un seminario sul dolore, che mi ha donato questo materiale con l'intento che fosse divulgato il più possibile. In questi anni di lavoro sia con i bambini e sia con gli adulti effettivamente ho cercato di sensibilizzare il personale sanitario al trattamento del dolore anche da un punto di vista psicologico, ovvero umano.

Da fare

L'operatore deve sempre rassicurare il paziente che crede al dolore che dice di provare. Questo perché il dolore, reale o immaginario, è sempre un fenomeno altamente soggettivo e quindi in un certo qual senso è sempre vero.

In situazioni di emergenza o se il paziente molto spaventato sarà difficile attirare la sua attenzione, si può allora iniziare l'approccio chiedendo di guardarvi negli occhi, quindi comunicare il vostro nome, chiedendogli di imitarvi nel fare un bel respiro profondo, trattenerlo per un momento e poi buttare fuori l'aria. Se la persona ha tensioni che si manifesta con tremori, brividi si deve suggerire di lasciarli andare e non trattenerli.

Quando la situazione non è critica, possiamo avere del tempo a disposizione, si può allora procedere dicendogli che si vorrebbe suggerire una tecnica per distrarsi e aiutarlo a metterla in pratica; aggiungendo certamente la tecnica di distrazione non cancellerà il dolore ma siete sicuri che può renderlo più sopportabile. Con i bambini piccoli possiamo usare la parola magia invece di tecnica poiché il mondo fantastico è presente in loro e parallelo al mondo reale.

Ditegli che sapete che ciò che state per suggerirgli può sembrare sciocco ed irrispettoso per il dolore che sta provando, ma questi suggerimenti potranno essergli utili, per questo motivo li farete assieme a lui, per dimostrarli che siete seri nell'intento e così non si sentirà troppo imbarazzato. Quindi si inizierà proponendo delle attività.

La modalità che utilizzo con genitori che hanno bambini con sindromi dolorose è quella di vedere assieme un filmato dove può osservare le varie strategie psicologiche e scegliere quella che ritiene più consona per il figlio. Successivamente procedo con la fase di sperimentazione durante la quale il genitore, in poltrona, vive la strategia e l'apprende.

Da non fare

Non dovremmo aspettarci e quindi non dovremmo far credere che le tecniche di distrazione cancellino il dolore.

Non dovremmo mai dire al paziente che è solo ansioso o che il suo dolore non è così forte come pensa, oppure che tutto andrà bene.



Non bisogna aver paura di ridere con il paziente mentre gli viene proposta una tecnica di distrazione. Ridere è di fatto un evento molto efficace, è già un primo risultato di contrasto della sensazione dolorosa.

La fase della preparazione

Quello che si può fare dipende non solo dalla nostra capacità empatica e creativa, ma anche da tutto quello che noi riusciremo a conoscere sulla vita quotidiana di quel bambino, è importante allora dedicare qualche minuto ai genitori per conoscere le abitudini fondamentali del figlio.

Alcune domande fondamentali sono:

- *Vostro figlio ha mai avuto prima esperienze con il dolore?*
- *Quali sono i suoi giocattoli preferiti?*
- *Qual è la favola o la storia che predilige?*
- *Che tipo di musica gli piace?*
- *Quali sono i colori che preferisce?*
- *Cosa gli piace mangiare?*
- *In cosa riesce meglio?*

L'operatore dovrebbe poi spiegare al bambino chi è e cosa può fare per aiutarlo a star meglio, dire cosa troverà nella stanza, che cosa c'è nel carrello. Le frasi usate dovrebbero essere semplici e tali da far capire che vi rendete conto di quello che prova e di quello che pensa: *"Credo che preferiresti essere da qualche altra parte. Se non fossi qui dove ti piacerebbe essere?"*. Tutte le espressioni verbali, i desideri, le fantasie che il bambino riferirà allo psicologo potrebbero essere un buon suggerimento per fare un esercizio di rilassamento combinato con una visualizzazione.

Se si viene a conoscenza che a casa ha un animale domestico possiamo chiedergli: *"Che cosa pensi che farà (nome dell'animale) quando ti vedrà arrivare?"*. Questo è un modo indiretto anche per fargli capire che a casa starà meglio.

L'operatore può cercare di mettere in rilievo qualche aspetto positivo dicendo per esempio *"Non c'è niente di male se strilli"*, oppure *"Che bei lacrimosi limpidi che hai. Sono belli e chiari che ti puliscono gli occhi"*. Ai bambini in generale piace sentirsi dire che hanno il sangue forte, i muscoli sviluppati, delle belle scarpe.

Si può aiutare il bambino a sentire la gradazione del dolore: *"Hai mai sentito una puntura di una vespa... sì!... quella volta era un male 10, mentre un male 5 quando hai inciampato e sei caduto, un male 1 quando ti ha graffiato il gattino. Ora che numero è?"*. Per proporre questa tattica ovviamente il bambino deve essere in possesso del concetto di numero.

Al Pronto Soccorso è utile avere a portata di mano blocchi di cubetti di vario colore spiegando poi in questo modo il concetto di quantità di dolore: *"Quando mio figlio si è rotto il braccio da principio sentiva un male così, come una torre di quattro cubi rossi, dopo un po' era come quattro cubi blu, poi erano un po' rossi e un po' blu, dopo un altro po' di tempo era rimasto solo un cubo bianco"*.

Per comunicare con simpatia ed effetto si possono utilizzare delle bambole o animali di pezza. Parlare ad un bambino utilizzando questi oggetti ludici è molto più familiare ed il mondo circostante appare di conseguenza meno minaccioso.

Chiedere cosa preferisce

Il paziente può scegliere di descrivere gli oggetti presenti nella stanza o in una rivista, una foto. Se dovesse scegliere una canzone l'operatore può chiedere di bisbigliare assieme o scandire con la bocca le parole della canzone battendo assieme il tempo. Gli si può suggerire inoltre che può cantare o parlare più velocemente quando il dolore si fa più intenso, rallentando quando diminuisce.



Se possibile si dovrebbe iniziare la tecnica prima che il dolore si presenti. Bisogna sempre spiegare al paziente cosa si sta facendo e perché si sta facendo, chiedendo alla fine se gli è servito. Indipendentemente dai risultati si dovrebbe pregare il paziente di ascoltare le idee proposte.

Una tecnica paradossale

Nel materiale donatomi dalla signora Benini c'è la storia reale di Mia una bambina di tre anni affetta da leucemia, sottoposta a trattamenti medici massicci ed aggressivi. Durante il ricovero, il gioco e il divertimento sembravano non far più parte della sua vita, così un giorno tutto il personale coinvolto nella cura assunse un atteggiamento improntato su una modalità ludica. Inizialmente il metodo scelto fu paradossale così che quando Mia iniziò a piangere le venne chiesto: *“Per piacere, Mia, puoi strillare più forte? Ancora più forte!”*. La richiesta venne proposta con gentilezza, evitando atteggiamenti di derisione.

Poi ancora le venne detto: *“Perché non ci fai sentire un urlo più forte, più bello, più grande che puoi?... Sei proprio brava a gridare. Ora che cominci a stare meglio e ti senti più in forze chissà se non ti piacerebbe anche ascoltare delle storie. Ho qui una storia che parla di nonna Tidley, che è una signora molto brava e coraggiosa, coraggiosa come te. E mi piacerebbe che tu sentissi che cosa ha fatto per diventare tanto coraggiosa...”*. Perplesso e disorientato cominciò a prestare attenzione e a sperimentare delle nuove forme per affrontare la situazione. Ascoltò il racconto prontamente personalizzato e adattato dagli operatori alla situazione.

La sorpresa

La tecnica della sorpresa ha la funzione di interrompere l'attenzione focalizzata del bambino sul dato percettivo del dolore, catturando ed indirizzando il suo interesse in una nuova direzione, trasformando così la paura che deriva dal dato percettivo più evidente.

Un esempio è quello di un bambino di quattro anni in lacrime, ferito ad una mano da un vetro. Era terrorizzato dal sangue che usciva dalla ferita molto profonda. L'infermiera notò il terrore del bambino alla vista del sangue e gli disse in tono autorevole e sicuro: *“Che bellissimo sangue rosso vivo che hai. Guarda! Non è una meraviglia? Ha un aspetto molto sano. Presto formerà una crosta spessa e solida per proteggere la pelle mentre ti ricresce. Ora puliremo per bene la mano.*

Poi l'infermiera lo invitò a guardare come il sangue si era scurito un poco: *“E' perché si sta asciugando di già ... non è meraviglioso che il tuo corpo sia capace di guarirsi da solo così alla svelta?”*

Le bolle di sapone

È una tecnica semplice ed efficace che si può applicare ad iniziare dai bambini in età prescolastica, serve a distrarli dalla fonte del dolore durante una procedura medica.

Ascolto in cuffia

Ai bambini piace ascoltare in cuffia musica o racconti registrati, in situazioni sia di dolore acuto che cronico la musica è un'ottima tecnica di distrazione.

Distrazione visiva

Le fonti di distrazione visiva sono varie: pitture o manifesti applicati al soffitto, visori tridimensionali con scelta di foto interessanti, televisione o videocassetta.



Videogiochi

I bambini più grandi apprezzano questo tipo di distrazioni, gli operatori dovrebbero ricordarsi di variare la scelta del materiale da utilizzare.

Strategie cinestesiche

Questa tecnica è adatta in particolare per bambini di due anni che ancora non sanno parlare. Ecco un esempio tratto sempre dal materiale del Mayer, Daniel aveva riportato ustioni di primo e secondo grado ad una mano e quindi doveva essere quotidianamente medicato. Il materiale necessario alla medicazione veniva preparato prima dell'inizio della procedura, il bambino quindi entrava con la madre che lo prendeva saldamente in grembo coccolandolo e parlandogli con dolcezza. Quando il bambino poi cercava di togliere la mano da curare la madre gli prendeva l'altra mano e gliela batteva ritmicamente sulla gamba cantando una filastrocca che conosceva. Questa distrazione cinetica e uditiva lo aiutava ad affrontare quei momenti altrimenti eccessivamente angoscianti e dolorosi. Dopo dieci giorni il bambino osservava la procedura con un curioso distacco. Possiamo dire che fattori decisivi furono la posizione sulle ginocchia della madre ed il coinvolgimento del genitore nella relazione con il figlio.

La storia preferita e il respiro

Rachael era una bambina di cinque anni intelligente ed introversa, affetta da artrite reumatoide. Il trattamento farmacologico non bastava ad eliminare il dolore, l'équipe pensò allora di utilizzare una tecnica psicologica per aiutarla a controllare il dolore. Si pensò di utilizzare la sua storia preferita, quella di Peter Pan.

Dopo averla fatta sedere comodamente le venne chiesto se le interessava imparare un modo divertente per aiutare le sue articolazioni a star meglio usando la fantasia. Una volta avuto il suo consenso si fece partire la registrazione insegnandole il modo per utilizzarla a casa ogni volta sentisse il bisogno.

La storia contiene in sé vari elementi interessanti e tra questi l'immaginazione del senso di leggerezza fondamentale per chi soffre di artrite reumatoide dove vi è una sorta di reazione sensoriale alla forza di gravità.

Le venne chiesto di iniziare tirando un bel respiro: *“Mentre butti fuori l'aria io ti insegnerò a diventare leggera leggera.”*

È la storia di Peter Pan. Lo sapevi che una volta Peter Pan perse la sua ombra? Lui diceva che gliel'aveva rubata un cane e così andò da Wendy, una bambina intelligente e coraggiosa, e le chiese di aiutarlo. Lui sapeva che lei poteva fare un sacco di cose, come riattaccare le ombre con l'ago e il filo.

Poi invitò Wendy a volare insieme a lui. “Volare???” disse Wendy “ma io non so volare!!! I miei piedi sono attaccati al pavimento”.

“È facile” rispose Peter “tutto quello che devi fare è provare... quando butti fuori l'aria diventi leggera leggera leggera”.

Wendy scoprì che bastava solo tirare un bel respiro e soffiare fuori l'aria dai polmoni per diventare più leggera. Era una cosa straordinaria sapeva volare veramente. Quanto più si alzava in volo tanto più leggero, tanto più pieno di benessere sentiva il suo corpo. Era come se lasciasse tutta la pesantezza, tutti i mali e tutte le preoccupazioni giù a terra. Anche tu potresti fare come Wendy.

Ti piacerebbe? Sarai sorpresa a vedere come si sentiranno bene, fresche e riposante le tue articolazioni mentre ti alzi in volo senza sforzo su nel cielo.”

Da quel momento la storia si trasformò in un racconto di come separarsi dal dolore e volare su dove brilla un sole bello. Alla fine della seduta le venne consegnato la registrazione da usare quando l'artrite le dava problemi.



Le tecniche di rilassamento

Per dolori lievi o episodi dolorosi brevi si possono utilizzare delle tecniche che richiedono tempi brevi, come ad esempio il rilassamento della mandibola, mentre per dolori cronici si possono utilizzare forme di rilassamento profonde associate a visualizzazioni o ricordi piacevoli.

- La tecnica del respiro può essere utilizzata durante una pratica medica o prima di una operazione, è facile da utilizzare e richiede pochi secondi.

Indicazioni per l'insegnamento al paziente e ai familiari:

“Stringi i pugni, inspira profondamente e trattieni l’aria per un momento.

Espira lentamente e lasciati andare come tu fossi una bambina di cenci.

Comincia a sbadigliare”

- Il rilassamento della mandibola richiede tempi brevi ed è immediatamente efficace, questo perché il rilassamento di un’area limitata condiziona il resto del corpo.

“Lascia cadere lentamente la mandibola, come se stessi facendo un piccolo sbadiglio.

Abbandona la lingua sul fondo della bocca.

Lascia morbide le labbra.

Respira lentamente, regolarmente e ritmicamente: inspira, espira, rilassati.

Cerca di non formare parole con le labbra e cerca di non pensare.”

- La respirazione lenta, ritmica, addominale richiede poco tempo all'insegnamento.

Indicazioni per l'insegnamento al paziente e familiari.

“Inspira lentamente e profondamente.

Mentre l’aria esce fai attenzione al tuo corpo e senti come si rilassa... senti che la tensione abbandona il tuo corpo.

Ora inspira ed espira lentamente e regolarmente al ritmo che ti è più comodo.

Ora fai attenzione ai tuoi addominali... se il movimento della respirazione viene fatto con gli addominali ti rilasserai con maggiore facilità.

Puoi immaginare di fare questo in un luogo che hai conosciuto e chi dava tranquillità.

Termina con un respiro profondo”.

Le tecniche di visualizzazione giocosa

Un bambino di due anni e mezzo con sospetta otite dell’orecchio medio stava subendo la visita, il pediatra per interrompere le sue grida iniziò in tono giocoso a dirgli: *“Fermo... devo guardare bene per trovare il coniglietto che ti è saltato dentro l’orecchio... Ah!!! Meraviglia... ora lo vedo che salta oltre la siepe... lo sai cosa mi fa??? Mi fa i versi con il naso”.*

Sarah una bambina di quattro anni era stata ricoverata per un grave eczema e non tollerava le applicazioni di creme, piangeva e scalcia. Un giorno le venne chiesto con semplicità: *“Ti piacerebbe se la pelle smettesse di farti male e si sentisse proprio bene?”.* Sì rispose la bambina. *“Bene allora si potrebbe usare la tua fantasia per poterla aiutare!!!... guarda questa nuvola magica che c’è qui accanto al tuo letto. Ne potrei raccogliere un po’ con la mano e metterla sulla gamba?”.* La nuvola venne raccolta con un gesto magico e partecipato nel cavo della mano e deposta come impacco sull’area della pelle arrossata senza toccarla. *“Questa è una nuvola magica e ti farà sentire bene la pelle. La nuvola è bravissima a proteggere la pelle... allora tu mi devi dire dove ti serve”.* La bambina indicò il gomito, così il rito della nuvola e degli impacchi continuò con la sua collaborazione.

“Ora ti chiederò di soffiare in questo modo per aiutare la nuvola a rimanerti sopra la pelle mentre si applica piano piano la crema”. La cadenza della respirazione forzata è ideale per il controllo dell’ansia e così veniva ritmata con sapienza dall’operatore mentre applicava la crema.

Laura era una bambina di nove con leucemia, a lei piaceva molto andare in bicicletta e non le fu difficile rilassarsi mentre immaginava di correre in bicicletta nel giardino con le amiche fra alberi e aiuole fiorite.

Durante una visualizzazione le venne chiesto di immaginare qualcosa per controllare volontariamente il dolore. Lei allora decise di immaginare una manopola rosa come interruttore graduale che poteva alzare, abbassare e spegnere quando voleva.

Andy era un bambino di cinque anni alla quarta ricaduta della leucemia, dotato di notevoli capacità immaginative e di memoria fotografica, se ne serviva anche spontaneamente per assaporare viaggi, avventure. In condizioni di rilassamento gli venne chiesto di mettere a punto un sistema di commutatori per azzerare il dolore. Egli allora descrisse un complicato sistema di linee nervose viola e interruttori gialli che collegavano le sue gambe ed il cervello. Molto si insisteva sul fatto che era lui a comandare gli interruttori. In questo caso dopo alcune sedute il bambino rifiutò di prendere farmaci per il dolore dicendo che preferiva i suoi interruttori. Tutto ciò continuò fino alle ultime tre settimane di vita.

Studi efficacia con rilassamento e visualizzazioni nel dolore

VG = visualizzazione guidata

PMR = rilassamento muscolare progressivo

<u>Kristine L. Kwekkeboom et al.</u> Individual difference Variables and the Effects of Progressive Muscle Relaxation and Analgesic Imagery Interventions on Cancer Pain; <u>Journal of Pain and Symptom Management, Volume 36, Issue 6, December 2008, Pages 604–615.</u>	32 pazienti 2 interventi di PMR e 2 interventi di V.G. con successiva valutazione del controllo del dolore; altre valutazioni del controllo del dolore solo dopo semplice rilassamento del paziente.	Effettiva diminuzione del dolore ($z=-2,70$; $p<0.01$) e della percezione del suo controllo ($z=-2.4$; $p<0.01$) dopo interventi di PMR e V.G.
<u>Kristine L. Kwekkeboom et al.,</u> Patients’ perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain; <u>Complementary Therapies in Clinical Practice; Volume 14, Issue 3, August 2008, Pages 185–194.</u>	Percezioni dei 26 pazienti in seguito a 2 interventi di V.G. e percezioni seguenti a 2 interventi di PMR	La maggior parte dei partecipanti ha riferito di aver beneficiato delle esperienze per il controllo del dolore e goduto di entrambe le tecniche. Gli effetti dei trattamenti sono durati per meno di 10 minuti (12%); dai 10 ai 30 minuti (27%); il 15% ha beneficiato dell’effetto per più di un’ora.



<u>Kristine L. Kwekkeboom et al.</u> Pilot Randomized Controlled Trial of a Patient-Controlled Cognitive- Behavioral Intervention for the Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance Symptom Cluster in Cancer; <u>Journal of Pain and Symptom Management</u> , December 2012	78 pazienti Gruppo di intervento con V.G. e rilassamento e gruppo di controllo in situazione di rilassamento senza altri interventi.	I risultati suggeriscono che l'intervento di V.G. può essere un approccio efficace per ridurre l'intensità del dolore (T1= 1.97, T2= 1.65, p<0.01) e per la gestione della sintomatologia tipica (T1= 3.59, T2= 2.89, p<0.05).
<u>Shu-Fen Chen et al.</u> Effect of Relaxation With Guided Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy; <u>Iran Red Crescent Med J. November 2015.</u>	65 pazienti Gruppo sperimentale che ha utilizzato V.G. e tecniche di rilassamento e gruppo di controllo (solo rilassamento senza interventi cognitivo comportamentali).	V.G. e rilassamento hanno avuto effetti positivi su ansia e depressione e un miglioramento del sintomo dolore. Tra pretest e post-test, il gruppo sperimentale ha mostrato significative diminuzioni del dolore (-0,28 ± 0,58, p <0,05), dell'insonnia (-0,34 ± 0,83, p <0,05), dell'ansia (-3,56 ± 2,94, p <0,00) e della depressione (-2,38 ± 2,70, p <0,00).
<u>Andreas Charalambous et al.</u> Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial, <u>PLOS ONE</u> , June 24 2016	208 pazienti Randomizzazione dei soggetti in un gruppo di intervento in cui venivano effettuate V.G. e rilassamento e in un gruppo di controllo in cui non sono state applicate le due tecniche	La combinazione di V.G. e PMR sembra essere efficace nella gestione dolore che affligge persone con patologia oncologica e sottoposti a chemioterapia. I livelli medi di dolore prima della sperimentazione (T1) erano: T1 gruppo di intervento 4.17 (SD± 1.47) e T1 Gruppo di controllo 3.55 (SD± 1.73). Dopo gli interventi, i pazienti del gruppo di intervento hanno riportato livelli medi inferiori di dolore: T2 2,48 (SD± 1,35) rispetto a quelli del gruppo di controllo T2 4,80 (SD ±1,46). Tale differenza è risultata statisticamente significativa (f = 29,64, p<0,0001).

In sintesi questi e altri studi indicano che l'utilizzo delle tecniche di visualizzazione guidata e rilassamento è molto limitata e molte volte viene misurata contemporaneamente ad altre tecniche come la musicoterapia, l'ipnosi, il training autogeno, l'aromaterapia e altre ancora. Tutti gli studi selezionati per la revisione, pur limitati, fanno intendere l'utilità della Visualizzazione guidata e del rilassamento per la gestione del dolore in pazienti oncologici in presenza di cancro avanzato metastatico o ricorrente, obbligati o non sottoposti a chemioterapia e/o radioterapia, con localizzazioni diverse del tumore. Le risposte alle visualizzazioni guidate e rilassamento, in termini di efficacia nella gestione del dolore, risentono delle differenze individuali quali: la capacità della persona di visualizzare-immaginare, l'aspettativa sull'esito della tecnica, ai sintomi

concomitanti, alla fiducia nel terapeuta e nella tecnica. La visualizzazione guidata e il rilassamento possono condurre l'individuo a sentirsi in grado di scacciare il dolore, funzionando come metodo di autoguarigione/autocura e per indurre la persona, in un momento di estrema fragilità, a riscoprire le proprie potenzialità nascoste. La visualizzazione guidata e le tecniche di rilassamento, come molte altre CAM, sono un'incredibile risorsa per la professione infermieristica, che necessariamente mantiene una visione olistica della persona e che si concentra sul "prendersi cura".

Studi efficacia con immaginazione guidata in Recurrent Abdominal Pain

Weydert J. A., Shapiro D. E., Acra S. A., Monheim C. J., Chambers A. S. and Ball T. M. (2006) Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain (RAP) in children: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pediatrics*, 6:29: i bambini che ricevono trattamenti di immaginazione guidata hanno avuto una significativa riduzione dei giorni di dolore e di attività perse a scuola, rispetto ai bambini che hanno imparato solo gli esercizi di respirazione, con benefici a lungo termine. Lo studio dimostra chiaramente che l'immaginazione guidata nei bambini con RAP è clinicamente efficace e non associata ad effetti collaterali apparenti.

Van Tilburg M. A. L., Chitkara D. K., Palsson O. S., Turner M., Blois-Martin N., Ulshen M., Whitehead W. E. (2009) Audio-Recorded Guided Imagery Treatment Reduces Functional Abdominal Pain in Children: A Pilot Study. *American Academy of Pediatrics*, 124(5): e890 – e897: emerge invece che il trattamento di immaginazione guidata con audio-registrato, ha avuto effetti benefici migliori rispetto alle normali cure mediche nella riduzione del dolore addominale, delle visite mediche e un miglioramento della qualità di vita, oltre alla diminuzione delle attività perse e di giorni di assenza da scuola. I pazienti che non hanno avuto effetti benefici dal trattamento di immaginazione guidata audio-registrata (circa l'1%), devono ciò ad un'inadeguata personalizzazione del trattamento stesso.

Rutten J. M. T. M., Vlieger A. M. (2011) Non – pharmacological treatment for Abdominal Pain. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 53(2): 39-40: dimostra come tra le diverse opzioni di trattamento non farmacologico disponibili per bambini con RAP, la guided imagery rientra tra le tipologie migliori di intervento; quando il trattamento è personalizzato, gli effetti possono essere migliori e possibilmente più duraturi per alcuni pazienti.

Williams L., Wilkins L. (2005) Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Philadelphia, 40:245-248: sottolinea come l'educazione della famiglia sia una parte fondamentale del trattamento.

Il dolore e l'arte

Quando il dolore è invivibile e impensabile il pittore può renderlo visibile tramite l'immagine rappresentabile, possiamo prendere come esempio vari pittori fra i più conosciuti Goya, Van Gogh, Munch, Bacon e molti altri.

Molti artisti con il loro lavoro creativo fanno un vero e proprio percorso auto terapeutico e rappresentativo del loro dolore e della sofferenza. Queste affermazioni e realtà dovrebbero già di per sé farci riflettere sulla importanza strategica delle immagini pittoriche, poietiche, musicali e del uso in ambito clinico.

Mark Collen

Nel 2001 Mark Collen decise di contattare altri artisti come lui con dolore cronico e mettere insieme una collezione online di opere d'arte che esprimessero le diverse facce dell'esperienza dolore.



Mark Collen



Deborah Ann



Helen Tupper

Graded motor imagery

Molti studi evidenziano il collegamento tra dolore cronico e riorganizzazione della corteccia sensoriale primaria. I pazienti con dolore cronico manifestano una alterazione della rappresentazione corticale somatotopica e della capacità di integrare gli stimoli percettivi con la rappresentazione e la discriminazione spaziale destra e sinistra delle parti del corpo e tra parte sana e parte lesa.

La Graded Motor Imagery (GMI) ha come obiettivo il coinvolgimento graduale in tre fasi delle cortecce motorie evitando l'attivazione delle risposte protettive che si associano spontaneamente al dolore.

La Motor Imagery è una tecnica centrale nell'allenamento sportivo e viene definita (Moran et al 2012) come *capacità mentale che permette una esperienza motoria in assenza di alcuna attivazione muscolare*.

Nella prima fase si attiva l'immagine motoria implicita con esercizi di discriminazione tra la parte destra e sinistra.

Nella seconda fase si chiede alla persona di immaginare le posture, i movimenti, le parti del corpo senza muoversi. Le ricerche dimostrano che nel mentre immagina i movimenti si attivano i motoneuroni della corteccia primaria.

In tutte le pratiche sportive si utilizza l'immaginazione del movimento e delle sequenze come fase preliminare di training mentale prima dell'esecuzione effettiva. Interessante è lo studio di Pasqual-Leone ^[18] dove descrive come l'abilità di esecuzione di un brano musicale migliora se si immaginano i movimenti prima dell'esecuzione. Questi studi poi sottolineano come sia importante che il paziente immagini se stesso mentre svolge il movimento e non che osservi una terza persona, questo perché si mette in movimento una attivazione corticale cinestesica e non solo visiva. Solo se il dolore aumenta allora si può suggerire la persona di osservare se stessa mentre svolge il movimento.

È molto importante che la persona non viva il movimento come pericoloso o minaccioso, possiamo così suggerire la sperimentazione immaginativa di movimenti che effettua durante la giornata come ad esempio sedersi, o alzarsi dal letto.

La terza fase prevede l'utilizzo dello specchio in modo tale da mostrare per così al cervello l'immagine speculare.

Bibliografia

- ✓ Berlim M.T., Mattevi B.S., Pavanello D.P., Caldieraro M.A., Fleck M.P., Wingate L.R., et al. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Branzi, *Suicide and life-threatening Behavior*, 33, pp. 242-248.
- ✓ Borgo S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo. *Idee in Psicoterapia*, 2, 3, 3-14.
- ✓ Craig A.D., Reiman E.M., Evans A., Bushnell M.C. (1996). Functional imaging of an illusion of pain, *Nature*, 384, 258-260.
- ✓ Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.
- ✓ Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- ✓ *Journal of Affective Disorders*, 73, 245-252.
- ✓ life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype,
- ✓ Mee S., Bunney B.G., Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.



- ✓ Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.
- ✓ Mitchell P.B., Parker G.B., Gladstone G.L., Wilhelm K., Austin M.P. (2003). Severity of stressful
- ✓ Pascual-Leone, A., Nguyet, D., Cohen, L.G., Brasil-Neto, J.P., Cammarota, A., & Hallett, M. (1995). Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *J. Neurophysiol*, 74, 1037-45.
- ✓ Singer T., Seymour B., O'Doherty J., Kaube H., Dolan R.J., Frith C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain, *Science*, 303, 1157-1162.
- ✓ Smith W.B., Gracely R.H., Safer M.A. (1998). The meaning of pain: Cancer patients' rating and recall of pain intensity and affect, *Pain*, 78, 123-129.
- ✓ Strong, M. 1998. *A bright red scream: self-mutilation and the language of pain*. New York, N.Y.: Viking; London: Virago 2000. (Tr. it.: *Un urlo rosso sangue*. Milano: Frassinelli 1999).
- ✓ Valmorbida, E., 2015. *Fenomenologia dell'autolesionismo. La nuova scena del corpo*. Centre d'études en Psychopathologie et Psychanalyse (CEPP). Available to <http://dspace.unive.it/handle/10579/6527>

¹ Questi argomenti sono stati ripresi dalla Rivista Psycomed, 2019)

² Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.

³ Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.

⁴ Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.

⁵ Mitchell P.B., Parker G.B., Gladstone G.L., Wilhelm K., Austin M.P. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype, *Journal of Affective Disorders*, 73, 245-252.

⁶ Smith W.B., Gracely R.H., Safer M.A. (1998). The meaning of pain: Cancer patients' rating and recall of pain intensity and affect, *Pain*, 78, 123-129.

⁷ Berlim M.T., Mattevi B.S., Pavanello D.P., Caldieraro M.A., Fleck M.P., Wingate L.R., et al. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Branzi, *Suicide and life-threatening Behavior*. 33, pp. 242-248.

⁸ Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.

⁹ Singer T., Seymour B., O'Doherty J., Kaube H., Dolan R.J., Frith C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain, *Science*, 303, 1157-1162.

¹⁰ Craig A.D., Reiman E.M., Evans A., Bushnell M.C. (1996). Functional imaging of an illusion of pain, *Nature*, 384, 258-260.

¹¹ Borgo S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo. *Idee in Psicoterapia*, 2, 3, 3-14.

¹² Strong, M. 1998. *A bright red scream: self-mutilation and the language of pain*. New York, N.Y.: Viking; London: Virago 2000. (Tr. it.: *Un urlo rosso sangue*. Milano: Frassinelli 1999).

Valmorbida, E., 2015. *Fenomenologia dell'autolesionismo. La nuova scena del corpo*. Centre d'études en Psychopathologie et Psychanalyse (CEPP). Available to <http://dspace.unive.it/handle/10579/6527>

¹³ Testo scritto da Fulvia, una persona con tumore in fase terminale. Ringrazio Fulvia per il suo prezioso aiuto e gli insegnamenti che mi ha trasmesso.

¹⁴ Il termine nocicettivo è stato introdotto da Sherrington per designare ciò che può provocare un danno tissutale.

¹⁵ Polimodali significa che le fibre nervose sono attivate da stimoli di diversa natura: meccanica, termica, chimica.

¹⁶ Allodinia è quella percezione come dolore di uno stimolo non doloroso, ad esempio il tocco della mano.

¹⁷ La sostanza P è un peptide costituito da 11 aminoacidi.

¹⁸ Pascual-Leone, A., Nguyet, D., Cohen, L.G., Brasil-Neto, J.P., Cammarota, A., & Hallett, M. (1995). Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *J. Neurophysiol*, 74, 1037-45.