

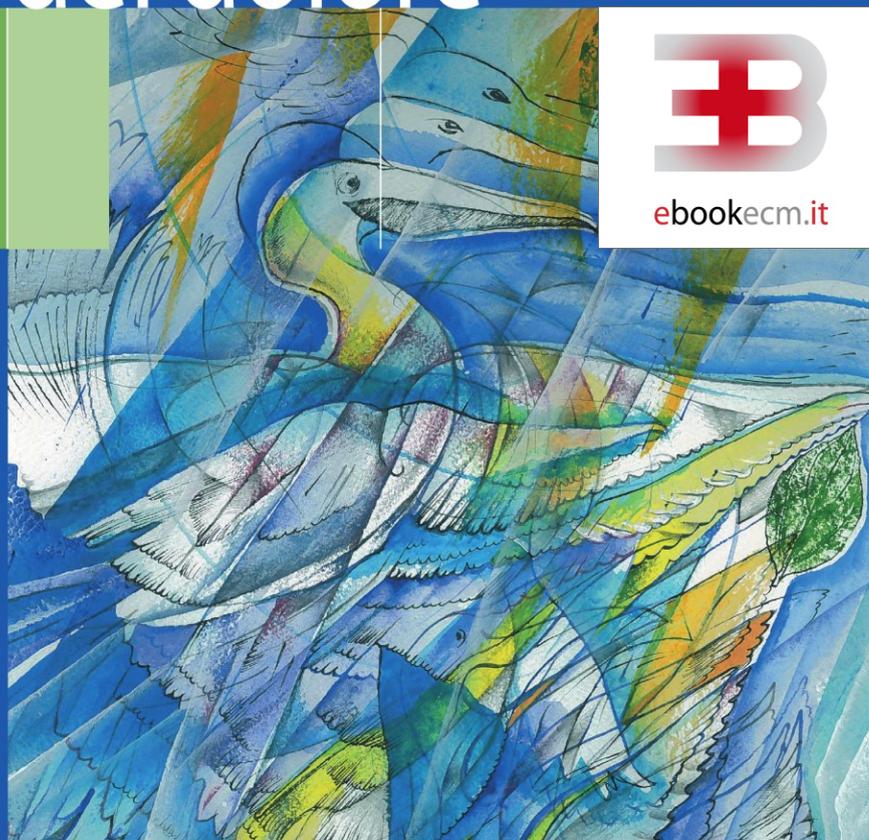
*a cura di*  
Enrico Molinari  
Gianluca Castelnuovo

ESTRATTO

# Psicologia clinica del dolore



ebookecm.it



Con una conversazione tra  
Vito Mancuso ed Enrico Molinari

 Springer

## Psicologia clinica del dolore

Enrico Molinari · Gianluca Castelnuovo (a cura di)

# Psicologia clinica del dolore

a cura di

**Enrico Molinari**

Professore Ordinario di Psicologia Clinica  
Laboratorio di Ricerche Psicologiche  
IRCCS Istituto Auxologico Italiano  
Facoltà di Psicologia  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Milano

**Gianluca Castelnuovo**

Ricercatore di Psicologia Clinica  
Laboratorio di Ricerche Psicologiche  
IRCCS Istituto Auxologico Italiano  
Facoltà di Psicologia  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Milano

ISBN 978-88-470-1468-8

e-ISBN 978-88-470-1469-5

DOI 10.1007/978-88-470-1469-5

© Springer-Verlag Italia 2010

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore, e la sua riproduzione è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla stessa. Le fotocopie per uso personale possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni per uso non personale e/o oltre il limite del 15% potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail [segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) e sito web [www.aidro.org](http://www.aidro.org).

Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla citazione orale, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione su microfilm o in database, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti.

Responsabilità legale per i prodotti: l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

9 8 7 6 5 4 3 2 1

*In copertina:* "Luci e colori di Pellicani in volo" di Angelo Antonio Falmi, Firenze, 2009

([www.angeloantoniofalmi.it](http://www.angeloantoniofalmi.it))

*Layout copertina:* Simona Colombo, Milano

Impaginazione: Graphostudio, Milano

Stampa: Grafiche Porpora, Segrate (MI)

*Stampato in Italia*

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano

Springer fa parte di Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

# Prefazione

Negli ultimi anni, all'interno del vasto panorama della psicologia clinica e delle sue applicazioni, è emersa sempre più la necessità di studiare il dolore cronico e le sue componenti per poter meglio offrire supporto sia agli psicologi, nel loro operare con le sofferenze dei pazienti, sia alle altre figure sanitarie che possono essere interessate alla conoscenza di aspetti psicologici del dolore per migliorare le proprie attività assistenziali.

Nel testo viene data una specifica attenzione al dolore cronico e alla dimensione trasversale della sofferenza che investe molte problematiche relative al lavoro dei medici, degli psicologi, degli psicoterapeuti, degli infermieri, dei fisioterapisti e di altri operatori sanitari.

Nella prima parte del volume abbiamo voluto offrire una panoramica sul dolore a livello di definizione, classificazione e inquadramento psico-fisiologico.

Nella seconda parte vi è una rassegna sulle principali modalità di valutazione, misurazione e trattamento del dolore stesso con particolare riferimento all'uso dell'ipnosi.

Dopo un "interludio" di riflessione teologica sulla dimensione spirituale del dolore, il libro, nella terza parte, presenta esperienze cliniche e di ricerca condotte presso centri ospedalieri e clinici che hanno ottenuto interessanti risultati in campo scientifico e applicativo. Vi è spazio per l'Istituto Auxologico Italiano, con una ricerca realizzata tramite l'impiego di valutazioni psicofisiologiche presso l'Ospedale San Giuseppe di Piancavallo, e per l'Ambulatorio di Terapia del dolore e il Servizio interno di Psicologia Clinica dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, con il progetto VIRNOPA (*VIRTUAL reality and hypNOSIS for the treatment of PAin*) condotto in collaborazione con Laboratorio di Psicologia Clinica dell'Università Cattolica di Milano.

Vi è poi il contributo offerto dai medici di famiglia, punto di riferimento sul territorio per i pazienti con dolore cronico; segue la presentazione di una ricerca, ancora in itinere, ma con risultati preliminari promettenti, su possibili utilizzi di tecnologie estreme come la Realtà Virtuale 4D e il lettino vibroacustico nell'integrazione del trattamento del dolore.

Il libro riporta inoltre un contributo del Dipartimento di Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, una riflessione di FederDolore, Coordinamento Italiano dei Centri di Terapia del dolore e un'indagine dell'Onlus NOPAIN, Associazione Italiana per la cura della malattia dolore, sulla situazione dei Servizi esistenti nel territorio italiano relativamente al trattamento del dolore.

Crediamo che per l'intervento sul dolore cronico sia necessaria la collaborazione e l'integrazione di diversi specialisti. In questo volume, attraverso i molteplici contributi di Associazioni, centri di ricerca, medici, psicologi, abbiamo voluto offrire a tutti gli attori coinvolti nella cura uno spazio di confronto teorico e operativo.

Claudio Cricelli, Presidente della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), in un intervento sul tema *Combattiamo il dolore per una società più civile*, scrive: "Questa assistenza, in accordo con i modelli avanzati di cura nei paesi europei più evoluti, dovrebbe essere erogata da un'«équipe di curanti» in cui, oltre al medico di famiglia e all'infermiere del territorio, si aggiunge il medico esperto in cure palliative, l'assistente sociale, lo psicologo, l'assistente spirituale, ecc." (Quaderni de Il Sole 24 Ore Sanità, 30-6-2009). Sulla scia di quanto affermato da Cricelli, il volume che presentiamo vuole fornire all'«équipe di curanti» possibili chiavi di lettura, teorica e pratica, del fenomeno "dolore" e delle sue possibilità di cura.

Milano, gennaio 2010

**Enrico Molinari**  
**Gianluca Castelnuovo**

# Indice

<b>Introduzione</b> .....	1
Mauro Ercolani	
<b>Parte I Conoscere il dolore</b> .....	3
<b>1 Il concetto di dolore: definizioni, contesti di interesse e modelli teorici</b> .....	5
1.1 Le definizioni del dolore .....	5
1.2 I principali contesti di interesse del dolore .....	6
1.2.1 Storia .....	6
1.2.2 Filosofia .....	8
1.2.3 Religione e spiritualità .....	9
1.3 I principali modelli teorici sul dolore .....	10
Bibliografia .....	12
<b>2 I sistemi di classificazione del dolore</b> .....	15
2.1 I sistemi di classificazione del dolore .....	15
2.2 I sistemi di classificazione monodimensionale del dolore .....	16
2.2.1 Classificazione basata sull'origine del dolore .....	16
2.2.2 Classificazione basata sull'intensità del dolore .....	17
2.2.3 Classificazione basata sul timing del dolore .....	17
2.2.4 Classificazione basata sulla durata del dolore .....	17
2.3 I sistemi di classificazione multidimensionale del dolore .....	19
2.4 I sistemi di classificazione del dolore in psichiatria .....	20
Bibliografia .....	22

<b>3</b>	<b>Aspetti fisiologici del dolore</b> .....	25
3.1	La nocicezione .....	25
3.2	La trasduzione del segnale .....	26
3.3	La trasmissione del segnale .....	27
3.4	La modulazione del segnale .....	27
3.4.1	Prima stazione: il midollo spinale .....	28
3.4.2	Le vie ascendenti e discendenti del dolore .....	28
3.4.3	Seconda stazione: il talamo .....	29
3.4.4	Terza stazione: la corteccia cerebrale .....	30
3.5	Teoria del cancello e meccanismi fisiologici modulatori dell'input algico .....	31
	Bibliografia .....	32
<b>4</b>	<b>La multidimensionalità del dolore: aspetti psicologici</b> .....	35
4.1	La quotidianità di chi convive con il dolore cronico .....	36
4.2	La psicologia del dolore cronico .....	38
4.2.1	La componente affettiva del dolore .....	39
4.2.1.1	La rabbia .....	39
4.2.1.2	La paura .....	40
4.2.1.3	L'alessitimia .....	41
4.2.1.4	La depressione .....	41
4.2.1.5	L'ansia .....	43
4.2.2	La componente cognitiva del dolore .....	44
4.2.3	La componente comportamentale del dolore .....	45
	Bibliografia .....	46
<b>5</b>	<b>Dolore e sofferenza</b> .....	47
5.1	Premessa .....	47
5.2	Il dolore nella cultura delle varie epoche storiche .....	48
5.3	Il dolore e la sofferenza nella cultura contemporanea .....	51
	Bibliografia .....	54

---

<b>Parte II Valutare, misurare e curare il dolore</b> .....	55
<b>6 La valutazione e la misurazione del dolore</b> .....	57
6.1 Misurazione e valutazione del dolore .....	57
6.2 L'anamnesi e l'esame clinico .....	58
6.3 Strumenti per la misura dell'intensità/quantità del dolore .....	59
6.4 Questionari clinici per la misurazione della qualità del dolore .....	61
6.5 Test psicodiagnostici nel dolore .....	62
Bibliografia .....	65
<b>7 Gli approcci terapeutici al trattamento del dolore cronico</b> .....	67
7.1 Introduzione .....	67
7.2 Approccio integrato al dolore .....	68
7.3 Placebo .....	69
7.4 Farmacologia .....	70
7.4.1 I farmaci del primo gradino .....	71
7.4.2 I farmaci del secondo gradino .....	73
7.4.3 I farmaci del terzo gradino: gli oppioidi forti .....	75
7.4.4 Farmaci coanalgesici e coantalgici .....	77
7.5 Trattamenti invasivi .....	81
7.6 Trattamento fisico riabilitativo .....	81
7.7 Altri trattamenti .....	83
7.8 Trattamenti psicologici e psicoterapie del dolore .....	85
7.8.1 La terapia comportamentale .....	86
7.8.2 La terapia cognitivo-comportamentale .....	86
7.8.3 L'approccio psicodinamico: la terapia psicoanalitica .....	87
7.8.4 La terapia di gruppo .....	88
7.8.5 La terapia familiare .....	89
Bibliografia .....	89
<b>8 Ipnosi e dolore</b> .....	93
8.1 Introduzione .....	93
8.2 Cos'è l'ipnosi? .....	94
8.3 Ipnosi ericksoniana .....	96
8.3.1 Rapport .....	97
8.3.2 Utilizzazione .....	98
8.3.3 Suggestione indiretta .....	98

8.4	Utilizzo dell'ipnosi nel trattamento del dolore .....	99
8.5	Ipnosi e placebo: diversi correlati neurofisiologici .....	102
8.6	La complessità degli interventi di ipnosi neoericksoniana .....	103
8.7	Ipnosi e rilassamento .....	105
8.8	Prospettive di ricerca .....	105
8.9	Conclusioni .....	106
	Bibliografia .....	107
<b>Interludio .....</b>		<b>109</b>
<b>Fede e ragione di fronte al dolore innocente: conversazione con Vito Mancuso .....</b>		<b>111</b>
<b>Parte III Le esperienze cliniche e di ricerca .....</b>		<b>129</b>
<b>9</b>	<b>Il dolore cronico viscerale .....</b>	<b>131</b>
9.1	Caratteristiche del dolore viscerale .....	131
9.2	Dolore riferito e iperalgesia .....	133
9.3	Il dolore da sensibilizzazione centrale .....	134
9.4	La sindrome dell'intestino irritabile (SII) .....	135
9.4.1	Definizione ed epidemiologia .....	135
9.4.2	Fattori psicosociali .....	136
9.4.3	Sintomi e segni .....	136
9.4.4	Una questione di genere? .....	137
9.4.5	Comorbilità .....	138
9.4.6	Diagnosi .....	138
9.4.7	Fattori genetici e ambientali .....	139
9.4.8	Ipotesi fisiopatologiche .....	139
9.4.9	Trattamento .....	142
9.4.10	Dieta .....	143
9.4.11	Terapia farmacologica sintomatica .....	143
9.4.12	Terapie non farmacologiche .....	145
9.4.13	Caratteristiche del professionista della psicoterapia .....	146
	Bibliografia .....	147
<b>10</b>	<b>Clinica, metodologia e ricerca psicologica: applicazioni in un ambulatorio di Terapia del dolore .....</b>	<b>151</b>
10.1	Introduzione .....	151
10.2	Contesto istituzionale e descrizione dell'attività ambulatoriale .....	152
10.3	Modello medico-psicologico integrato .....	153

10.3.1	Il contratto terapeutico	157
10.4	Rilassamento muscolare progressivo	157
10.5	Psicoterapia breve	158
10.6	Il progetto VIRNOPA: la realtà virtuale e l'ipnosi nel trattamento del dolore cronico non oncologico	162
10.7	Conclusioni	165
	Ringraziamenti	165
	Bibliografia	166
	Letture consigliate	166
<b>11</b>	<b>Servizio interno di Psicologia Clinica in un contesto ospedaliero ortopedico</b>	<b>169</b>
11.1	Introduzione	169
11.2	Servizio interno di Psicologia Clinica	169
11.3	Unità Operativa di Medicina Riabilitativa	170
11.4	Unità Operativa di Reumatologia	172
11.4.1	Analisi di contesto	173
11.4.2	Inquadramento psicologico e relazionale	173
11.4.3	Intervento	174
11.5	Conclusioni	174
	Ringraziamenti	175
	Bibliografia	175
	Letture consigliate	175
<b>12</b>	<b>Dolore e obesità: una ricerca preliminare del Servizio di Psicologia Clinica dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano</b>	<b>177</b>
12.1	Premessa	177
12.2	Obiettivi	178
12.3	Materiali e metodi	178
12.3.1	Partecipanti	178
12.3.2	Strumenti	179
12.4	Risultati	181
12.4.1	Analisi statistica	181
12.4.2	Risultati	182
12.5	Discussione	186
12.5.1	Introduzione	186
12.5.2	Caratteristiche psicologiche	187
12.5.3	Valutazione psicofisiologica (MEDOC TSA-2001)	189
12.5.4	Correlazioni fra dimensioni psicologiche e dati psicofisiologici	190
12.6	Conclusioni	191
	Bibliografia	192

<b>13</b>	<b>L'esperienza del dolore nell'ambulatorio del medico di famiglia</b> .....	195
	Lecture consigliate .....	210
<b>14</b>	<b>Le ultime frontiere per il trattamento del dolore: Realtà Virtuale 4D e lettino vibroacustico del Centro CARMA di Udine</b> .....	211
14.1	Premessa .....	211
14.2	Che cos'è il dolore .....	211
14.3	Realtà Virtuale come terapia .....	214
14.4	Onde rigeneranti .....	216
14.5	Vibroacustica .....	218
14.6	Strumentazione e percorso terapeutico .....	223
14.6.1	Pazienti .....	224
14.6.2	Procedura .....	224
14.6.3	Risultati in sintesi .....	225
	Bibliografia .....	226
<b>15</b>	<b>Dolore cronico, dolore inutile. Prima indagine italiana della Onlus Nopain sui servizi esistenti nel territorio italiano</b> .....	229
15.1	Introduzione .....	229
15.2	Definizione e dimensione del problema .....	231
15.3	Raccomandazioni e modelli organizzativi internazionali .....	234
15.4	Metodologia dell'indagine descrittiva .....	236
15.5	Risultati .....	237
15.6	Conclusioni .....	242
	Bibliografia .....	244
	Lecture consigliate .....	245
	<b>Indice analitico</b> .....	247

“... rimangono fiducia, speranza e amore  
ma delle tre, la migliore, è l'amore”

1 Cor. 13:13

Il dolore rappresenta una sfida sempre diversa, impegnativa e stimolante. La comunità clinica e scientifica ha ormai acquisito la nozione che la presenza del dolore è riconducibile a una complessa esperienza in cui si intrecciano componenti di ordine diverso, che appartengono sia alla realtà corporea sia a quella psichica e relazionale.

Non è possibile curare, e soprattutto *prendersi cura* delle persone con dolore cronico, senza una solida e continua formazione medico-psicologica; come in altri ambiti complessi e delicati della vita è necessario avere un atteggiamento di instancabile curiosità, sostenuta dalla consapevolezza dei nostri limiti e della fragilità delle nostre convinzioni e conoscenze di operatori a contatto con il dolore dell'altro. Quando si ha a che fare con l'essere umano, le certezze e i dogmi devono essere ridimensionati, per osservare, ascoltare e imparare il linguaggio multiforme e sempre nuovo del corpo. Un dolore addominale insorto improvvisamente in una persona in buona salute generale può indicare per esempio un problema acuto di origine gastrica, colica o biliare, ma anche il bisogno di essere accuditi da una figura dai tratti materni o paterni quale può essere un medico, uno psicologo, un fisioterapista, un infermiere, oppure un amico o un vicino di casa. Nei casi in cui il dolore diventa cronico il bisogno di ricevere attenzione e affetto può essere letto con maggiore difficoltà, specie se sono presenti concomitanti disturbi della funzionalità di organi e apparati, ma non deve mai essere dimenticato o sottovalutato.

L'efficacia di un'accoglienza calda e amorevole, di un ascolto attento e non frettoloso, di rassicurazioni non sbrigative, e l'offerta di disponibilità emotiva nel tempo sono valori necessari anche se non sempre sufficienti a mitigare angosce, paure e ansie di malattia e di morte, abbandono e solitudine. In molti casi il farmaco, anche se non strettamente necessario, può essere utile come compagno quotidiano (carico di significati talvolta non riconosciuti ed espressi), che a orari precisi porta una pic-

---

M. Ercolani (✉)

Dipartimento di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Bologna

cola dose di sollievo e consolazione in attesa di vedere di nuovo la figura di riferimento su cui sono riposte fiducia e speranza.

È necessario incontrare molte volte la persona che soffre di dolore cronico, e ascoltarla sempre come alla prima visita, anche se le parole sembrano ripetersi e le lamentele possono annoiare e affaticare. Non solo non è inutile, ma è terapeutico riascoltare il paziente che parla delle proprie sofferenze, rivolgendo l'attenzione al corpo che duole e al linguaggio, quasi sempre uguale ma anche diverso: finché il paziente ha bisogno di raccontare il proprio dolore, è nostro compito ascoltare; verrà il giorno in cui non avrà più bisogno di parlarne, perché il dolore è sparito, si è attenuato o è diventato meno importante e limitante. Allora acquisiranno importanza persone, situazioni, conflitti che fino a quel momento erano stati taciuti e che possono prendere corpo e sostituire le vecchie lamentele. La nostra pazienza sarà così premiata e avrà aiutato il paziente a crescere verso una dimensione per lui nuova, fonte di stupore e meraviglia, in cui il dolore dell'anima avrà preso il posto del dolore del corpo. Oppure per un certo tempo coesisteranno entrambi, in una dimensione più accettabile. Ho avuto modo di osservare questa situazione in una giovane donna sofferente da anni di una lombalgia fortemente limitante, la quale, dopo aver compreso di avere portato per anni il peso schiacciante di una madre gravemente depressa, andò incontro a una riduzione del dolore alla schiena, dopo aver imparato a sfuggire alle montagne di lamentele che la madre le scaricava addosso.

A volte i compromessi rappresentano un grande successo, ed è necessario saper rinunciare alla realizzazione di un risultato straordinario; un miglioramento è un obiettivo realistico e gratificante, quando la guarigione totale è impossibile. Inoltre, nei casi in cui si verifica, la guarigione può risultare disorientante: la rinuncia a un dolore che dura da anni richiede un processo di elaborazione non sempre rapido e semplice. Alleviare la sofferenza senza avere in mente a tutti i costi la guarigione miracolosa è la nostra missione di medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti... noi che ci siamo sentiti chiamati a una professione che intende curare e prendersi cura di chi è in una situazione di bisogno, sia esso dichiaratamente riferito al corpo oppure alla sfera degli affetti.

---

# **Parte I**

## Conoscere il dolore

---

## 1.1

### Le definizioni del dolore

Sebbene il dolore sia un'esperienza comune a tutti gli esseri umani, definire questo termine in modo sintetico ed esauriente è un'impresa non facile. La difficoltà maggiore consiste nel descrivere in poche parole una realtà complessa e totalizzante, il cui significato viene costruito in maniera soggettiva dalla persona che la vive, e che è costituita da specifiche componenti fisiopatologiche, psicologiche, comportamentali e socio-culturali, la cui gestione integrata richiede conoscenze in costante aggiornamento oltre a un dialogo continuo tra diverse figure professionali. La parola dolore spesso è pronunciata dal paziente quando si rivolge al medico per spiegare e comunicare il proprio star male. Questo vissuto è causato dalla percezione di un cambiamento inaspettato e inaccettabile, che da una parte impaurisce e dall'altra, mediante una domanda di salute, rafforza la volontà di ripristinare lo stato precedente (Notaro et al. 2009).

Da una prospettiva funzionale, il dolore agisce come un sistema di allarme in grado di indicare precocemente la presenza di un danno. In questo senso, esso svolge un ruolo di chiaro valore adattivo per la salute e il benessere degli esseri viventi. Del resto, se il danneggiamento o la mancanza di un sistema sensoriale come la vista o l'udito possono essere in larga parte compensati attraverso lo sviluppo di funzionalità complementari, senza la percezione del dolore gli esseri umani rischierebbero di trovarsi in situazioni pericolose per la loro sopravvivenza (Zimmerman e Handwerker, 1988). Proprio in virtù della sua imprescindibile funzione di difesa della vita, il dolore è stato definito come il *quinto segno vitale*, al pari di frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa e temperatura corporea (Stephenson, 1999).

---

S. Cugno (✉)  
Psicologo clinico, Milano

1 Tuttavia, quando il dolore si trasforma da episodio acuto in condizione cronica, cioè quando la sua durata si protrae oltre al normale tempo di guarigione, esso perde il carattere funzionale di allarme e acquisisce le caratteristiche della malattia cronica (Bonica, 1953). In questo senso, il cambiamento più significativo degli ultimi decenni nell'approccio scientifico e clinico al dolore consiste proprio nella sostituzione del paradigma del *dolore come sintomo*, cioè indicatore di altri processi patologici, con quello del *dolore come malattia* (Portenoy, 2006).

In generale, l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) descrive il dolore come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno reale o potenziale del tessuto, o descritta con riferimento a tale danno” (Turk e Okifuji, 2001). Tale definizione, accolta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sottolinea come il dolore non debba essere inteso unicamente come sintomo di una lesione organica, ma soprattutto come esperienza somatopsichica unitaria. Si tratta, quindi, di un fenomeno non del tutto collegato in modo diretto e oggettivo all'intensità dello stimolo nocicettivo, ma che ha origine e si modifica anche sulla base dell'elaborazione soggettiva compiuta dalle strutture cerebrali coinvolte nella gestione e nell'integrazione degli elementi cognitivo-valutativi e affettivo-motivazionali dei vissuti (De Benedittis, 2008; Melzack e Casey, 1968). In particolare, si deve alla disciplina della fenomenologia l'enfasi posta sulla dimensione personale del dolore, concepito come interruzione della precisa corrispondenza tra corpo ed esistenza: non è tanto l'organo che soffre, quanto la vita che si contrae e che, persa ogni intenzionalità, si organizza al ritmo del dolore (Galimberti, 2002). Quest'ultimo, qualunque sia la sua origine e in qualsiasi modo venga vissuto, mette in discussione gli snodi fondamentali della vita dell'uomo, creando “quella discontinuità sufficiente per gettare nuova luce sulle cose ed essere insieme patimento e rivelazione” (Natoli, 2004).

---

## 1.2

### I principali contesti di interesse del dolore

#### 1.2.1

##### Storia

Affrontare il tema del dolore in una prospettiva storico-culturale significa indagare come l'uomo abbia espresso la propria sofferenza nelle diverse epoche storiche, cercando di acquisire un atteggiamento più aperto nell'ascolto e nella comprensione di chi soffre.

Gli esseri umani hanno sempre cercato di contrastare il dolore e di fornire risposte adeguate a questo problema. Quando ancora vivevano di caccia e di raccolta, i nostri antenati hanno appreso, probabilmente osservando la condotta degli animali feriti, alcune modalità di comportamento, come per esempio inumidire con la saliva le parti contuse e doloranti del proprio corpo. Si può ipotizzare che in seguito la ragione e l'esperienza li abbiano indotti a bagnarle con acqua fredda e ad applicarvi

foglie e radici per contrastare sintomi, come una tumefazione, o indurre uno stato specifico, per esempio di rilassamento (Tiengo, 2002). Con l'avvento della società stanziale e la conseguente specializzazione dei ruoli all'interno della comunità, alcuni individui sono diventati esperti nell'uso dei rimedi officinali (Minuzzo, 2004). Agli albori della civiltà, magia, religione e medicina sono strettamente combinate, e la malattia e il dolore vengono per lo più considerati una punizione divina causata da una negligenza umana individuale o collettiva, oppure una conseguenza dell'intrusione di spiriti maligni nel corpo del malato (De Bernardo, 2002). Questa visione trascendente subisce una forte battuta d'arresto quando, prima in Grecia grazie a Ippocrate (460-377 a.C. circa) e alla sua teoria dei quattro fluidi, e poi nel resto del mondo conosciuto, una rinnovata concezione della medicina permette di interpretare in modo razionale i fenomeni naturali come il dolore.

Durante il Medioevo, in Occidente la cultura giudaico-cristiana attribuisce grande valore al dolore come mezzo di espiazione attraverso cui l'uomo può giungere alla salvezza dell'anima dopo aver messo scompiglio nell'ordine stabilito da Dio. Grazie al sostegno della Chiesa, in questo periodo ha grande successo la logica della pedagogia della sofferenza, secondo la quale il dolore deve essere accettato, se non addirittura ricercato attraverso pratiche auto-punitive, come modalità di redenzione e crescita spirituale (D'Onofrio, 1992; Minuzzo, 2004).

Con il superamento del temuto anno Mille ha inizio in tutta Europa la cosiddetta fase preuniversitaria della medicina durante la quale, soprattutto grazie al contributo della Scuola salernitana, la medicina affronta un processo di laicizzazione, e la malattia e il dolore sono nuovamente considerati prodotti di cause naturali (Sterpellone, 2004).

Solo con Cartesio (1596-1650) il dolore, considerato in precedenza un indicatore della precarietà della vita, diviene segnale di precisi malfunzionamenti somatici. Il filosofo francese sviluppa il primo paradigma organicista del dolore e ne sottolinea la funzione biologica protettiva, recuperata e sistematizzata in chiave scientifica dal fisiologo e neurologo inglese Charles Sherrington (1857-1952) all'inizio del XX secolo (De Benedittis, 2008; Sherrington, 1900). Nel periodo illuminista, al di là della sua funzione ormai riconosciuta di segnale di allarme nei confronti dei pericoli imminenti, il dolore viene concepito soprattutto come sintomo in grado di facilitare la diagnosi da parte del medico (Rey, 1998).

L'inizio dell'epoca moderna è segnato dalla fondamentale scoperta della trasmissione elettrica del dolore e dalla nascita della neurofisiologia, eventi che chiudono la secolare diatriba fra l'ipotesi aristotelica del dolore come emozione che irrompe nella coscienza, e quella di Galeno (129-216 d.C. circa), che per la prima volta localizzava i meccanismi del dolore nel sistema nervoso centrale (Agrò et al. 2006). Nonostante gli enormi progressi rispetto al passato, ancora oggi la medicina occidentale tende a considerare il dolore esclusivamente come un problema tecnico, spogliandolo del suo caratteristico significato personale (Illich, 1977). Tale esperienza viene così ridotta a un disvalore, a un retaggio inutile che rende l'uomo infermo e misero. Con la scomparsa della cultura del dolore, la sofferenza è rimossa dall'esperienza comune e relegata a luoghi preposti, come gli ospedali o gli studi specialistici (Ercolani, 1997; Natoli, 2004). In modo apparentemente paradossale, tuttavia,

1 nella civiltà contemporanea mentre da una parte si delinea la possibilità di togliere di scena il dolore mediante l'impresa tecnologica, dall'altra si diffonde l'attitudine a ricercare il dolore stesso. Rientrano in questa tendenza alcune delle più recenti forme di manipolazione corporea, come il *piercing* (perforarsi), il *tattooing* (tatuarsi) e il *branding* (marchiarsi a fuoco). Queste prassi sono equiparabili alle cicatrici, ai tatuaggi e alle forature della carne che certe tribù aborigene praticano ancora a scopo apotropaico o per designare l'appartenenza a un gruppo. L'individuo di oggi, abbandonato a se stesso ed estraneo al proprio universo incerto, attraverso il dolore e la marchiatura del corpo cerca di riappropriarsi della propria dimensione antropologica e di un senso di appartenenza, elementi che nella cultura della ricerca del piacere e del benessere sembrano venuti meno (Agrò et al. 2006).

### 1.2.2

#### Filosofia

Dal punto di vista filosofico, la questione della sofferenza si declina spesso nel complesso rapporto fra dolore di origine somatica e dolore di origine psichica. In questo senso, le prime speculazioni filosofiche sul dolore cominciano a diffondersi con l'avvento della civiltà presocratica. Secondo il cofondatore dell'atomismo Democrito (460-360 a.C. circa), per esempio, i dolori sono indizi del male che possono essere neutralizzati attraverso il perseguimento della saggezza e la resistenza ai cosiddetti beni inferiori (Agrò et al. 2006). Secondo Platone (427-347 a.C. circa) il dolore non proviene solo dagli stimoli sensoriali, ma anche dall'esperienza emozionale dell'anima che ha sede nel cuore, e rappresenta la sanzione per colui che si è discostato dalla verità assoluta; tramite la sofferenza, intesa come strumento di purificazione, la persona può ritrovare il bene (Bellucci e Tiengo, 2005). La scuola degli stoici riconosce all'uomo la capacità di sopportare e controllare il dolore senza lamentele, vedendo in ciò un possibile strumento per superare Dio stesso: se Dio ignora la sofferenza, gli uomini la vincono (Lamanna, 1972). Per Agostino d'Ipbona (354-430 d.C.) il dolore presenta alcuni caratteri distintivi, come l'universalità, il simultaneo legame con il corpo e con l'anima, e la derivazione diretta dal peccato.

In piena epoca medievale, Tommaso d'Aquino (1224/1225-1274) scrive del dolore come di una passione dell'anima: quando il corpo patisce, soffre anche l'anima. Tommaso d'Aquino è anche uno dei primi studiosi ad avanzare l'idea che la compassione degli altri possa produrre una forte mitigazione del dolore: chi compatisce l'altro, porta insieme con questi il fardello del suo dolore, alleggerendolo (Mondin, 1992).

Nel campo dell'algologia – lo studio delle cause e dei trattamenti del dolore –, i secoli che separano il Seicento dall'epoca contemporanea sono segnati dalla primizia della lezione cartesiana che, in virtù della sua logica dualistica, esclude la possibilità che fattori metafisici o psicologici possano integrare il semplice danno somatico e concorrere alla definizione dell'esperienza del dolore (De Benedittis, 2008).

Nella prima metà del XX secolo, i precursori e i sostenitori della filosofia esistenzialista, storicamente influenzata dagli orrori della Prima guerra mondiale, cele-

brano il dolore come valore morale, capace di rendere tutti gli esseri umani uguali e solidali attraverso la sofferenza. Particolarmente stimolanti sono le posizioni di Søren Kierkegaard (1813-1855), secondo cui la sofferenza è il segno del rapporto con Dio e non del suo abbandono, e di Ludwig Wittgenstein (1889-1951), per il quale l'uomo, esprimendo il dolore attraverso il linguaggio, contiene la sofferenza, la posiziona in un luogo e le assegna un significato; prima della parola, il dolore sovrasta l'uomo come sensazione sorda e muta (Agrò et al. 2006; Wittgenstein, 1986).

### 1.2.3

#### Religione e spiritualità

All'interno della teologia cristiana il concetto di dolore assume connotazioni differenti nel Vecchio e nel Nuovo Testamento. Nel primo, la sofferenza è generalmente concepita come una punizione di carattere espiatorio inflitta da Dio in seguito ai peccati commessi dall'uomo. Nel Libro di Giobbe, tuttavia, si assiste a un ribaltamento di questo presupposto. La sofferenza di Giobbe è quella di un uomo irreprensibile e deve essere accolta come un mistero che l'intelligenza umana non può comprendere pienamente. In altri termini, "se è vero che la sofferenza ha un senso come punizione, quando è legata alla colpa, non è vero, invece, che ogni sofferenza sia conseguenza della colpa e abbia carattere di punizione" (Agrò et al. 2006). Già nel Vecchio Testamento dunque, si riscontra una tendenza a superare l'ideazione del dolore come punizione del peccato e a interpretare la pena come sempre associata a una finalità educativa. Il Dio cristiano spiega le sofferenze inflitte alla sua gente in questo modo: "I castighi non vengono per la distruzione ma per la correzione del nostro popolo" (2 Mac 6,12).

Nel Nuovo Testamento, la figura di Dio si trasforma: colui che punisce diventa colui che partecipa con compassione alla sofferenza degli uomini. Il dolore trova un significato nel disegno divino per la redenzione del mondo. A questo proposito Paolo VI, in occasione della chiusura del Concilio Vaticano II, sostiene che "la sola verità capace di rispondere al mistero della sofferenza e di arrecare un sollievo senza illusioni sono la fede e l'unione all'Uomo dei dolori, al Cristo, Figlio di Dio, messo in croce per i nostri peccati e per la nostra salvezza" (Concilio Vaticano II, 1965). La sofferenza e il dolore fisico incarnano una modalità di partecipazione alla sofferenza di Cristo e quindi una via per avvicinarsi a Dio.

Se da una parte l'orizzonte di senso proposto dalla tradizione giudaico-cristiana intende trasformare la sofferenza umana in uno strumento per perseguire il bene per sé e per gli altri, dall'altra, come viene ricordato nella *Summa Theologiae* di Tommaso d'Aquino, il fine ultimo della vita dell'uomo è il raggiungimento della felicità dapprima terrena e poi eterna (Brena, 1997). Questa visione non appartiene unicamente alla tradizione cristiana, ma è anche alla base della spiritualità orientale (Yogananda, 1953). Per raggiungere uno stato duraturo di felicità e affrancamento dal dolore, tuttavia, è necessario pagare il prezzo dell'autodisciplina, che nella civiltà giudaico-cristiana si raggiunge osservando i dieci comandamenti, e nella tradizione orientale mettendo in pratica le regole dello *yama-niyama* (astensione-disciplina)

1  
dell'induismo. L'esercizio dell'autodisciplina finisce per incrementare l'autostima e diventare sorgente di gioia e felicità man mano che l'essere umano comprende di poter controllare, con esso, i propri pensieri, comportamenti ed emozioni, inclusi dolore e sofferenza, che in questo modo si liberano degli aspetti più terreni e spaventosi (Brena, 1997).

---

### 1.3

#### I principali modelli teorici sul dolore

Negli ultimi quattro secoli, la ricerca scientifica ha privilegiato un approccio meccanicistico al tema del dolore. In questa prospettiva, le *teorie della specificità* (Schiff, 1858) sostengono che il dolore rappresenti una specifica forma di sensibilità, dotata di un proprio apparato indipendente rispetto a quello degli altri sensi. Questa ipotesi si è lungamente scontrata con la *teoria dell'intensità dello stimolo* proposta dal neurologo tedesco Wilhelm Erb, in base alla quale ogni tipo di stimolo sensoriale può causare dolore nel caso raggiunga un'intensità sufficiente (Luckey, 1895). Escludendo la presenza di qualsiasi elemento mediatore fra lo stimolo nocicettivo e la risposta del singolo individuo, le teorie della specificità vedono nella causa diretta e lineare della sofferenza il principale oggetto di interesse e studio. Tale concezione rispecchia il dualismo cartesiano che, distinguendo il dolore dall'esperienza soggettiva, descrive il primo a partire dalla sola osservazione del comportamento della persona. Così, per esempio, il ritrarsi del braccio in presenza di uno stimolo dannoso va considerato come semplice prodotto dell'azione di un circuito nervoso (Minuzzo, 2004). L'influenza del dualismo mente-corpo ha contribuito a determinare quel processo di medicalizzazione del dolore ancora oggi così invalso (De Benedittis, 2008; Illich, 1977). Secondo le teorie della specificità, diffuse soprattutto nell'Europa tra la seconda metà del XIX e l'inizio del XX secolo, i casi di dolore che non si possono spiegare mediante un modello lineare di causalità devono essere considerati non reali, sintomo di malattia psichiatrica. Nel 1840 il fisiologo tedesco Johannes Peter Müller (1801-1858) sostiene l'ipotesi che il cervello sia in grado di ricevere informazioni sugli stimoli esterni, compresi quelli dolorosi, esclusivamente attraverso la parte sensitiva del sistema nervoso. È tuttavia Maximilian von Frey (1852-1932), fisiologo austriaco, a sviluppare nel 1894 una più organica e completa teoria della specificità del dolore, a partire dall'evidenza che la cute umana possiede una grande varietà di punti sensoriali unici per le diverse sensazioni. Secondo von Frey, le terminazioni libere dei nervi sono recettori specifici per il dolore (Minuzzo, 2004). Le scoperte di von Frey hanno consentito alle successive ricerche in campo fisiologico di individuare i diversi tipi di fibre coinvolte nel processo di trasmissione e modulazione delle informazioni dolorose, e di identificare nel tratto spino-talamico quella che Horn e Munafò (1997) definiscono "la via del dolore".

Già alla fine del XIX secolo, il fisiologo tedesco Alfred Goldscheider (1858-1935) prova a dimostrare la debolezza delle ipotesi di von Frey e, pur riconoscendo come utili alcune sue intuizioni, suggerisce che, per poter capire a fondo i meccani-

smi sottesi al fenomeno del dolore, si debba ipotizzare un qualche processo centrale di sommazione (*teoria della sommazione*). Grazie alla *teoria dei modelli*, che partendo dalla proposta di Goldscheider arriva a considerare il dolore come il risultato di precisi pattern spaziali e temporali di trasmissione e scarica, per la prima volta è possibile capire una serie di fenomeni difficili da spiegare ricorrendo ai modelli precedenti, come la persistenza della sensazione dolorosa dopo la scomparsa della causa iniziale o l'inasprimento del dolore dovuto all'effetto cumulativo (Rey, 1998). Secondo William Livingstone (1943), questo processo di sommazione delle informazioni sensoriali periferiche con quelle dolorifiche avviene a livello delle corna dorsali del midollo spinale.

La teoria dei modelli ha rappresentato il primo passo di un lungo processo di allontanamento dalle teorie della specificità, che si sono rivelate troppo semplicistiche per poter spiegare diverse tipologie di dolore. Sviluppate a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, esse rappresentano una premessa necessaria alla *teoria del cancello* di Melzack e Wall (1965). Nota anche come *ipotesi del controllo del dolore in entrata*, essa è probabilmente la più conosciuta fra le teorie sul dolore. Grazie a questo approccio, la moderna medicina psicosomatica ha in parte recuperato la concezione unitaria del fenomeno doloroso, che la dottrina cartesiana aveva innaturalmente separato (De Benedittis, 2008). Secondo la teoria del cancello, l'esperienza del dolore implica tre dimensioni distinte ma interconnesse. La prima, quella fisiologica, descrive il cammino dello stimolo doloroso attraverso le vie afferenti al sistema nervoso centrale. La seconda e la terza sono, invece, di natura psicologica: una riguarda la dinamica di valutazione cognitiva collegata al processo di costruzione di significato dell'esperienza del dolore, l'altra si riferisce a un processo affettivo-motivazionale, che dipende in larga parte dai valori, dalle credenze, dai tratti e dalle esperienze del singolo individuo (Summers, 2000). La grande novità introdotta da Melzack e Wall, la cui teoria verrà trattata più approfonditamente in seguito (vedi Capitolo 3), risiede nell'ipotesi che a livello delle corna dorsali del midollo spinale esista un cancello, vale a dire un meccanismo in grado di modulare in senso facilitatorio o inibitorio la trasmissione delle informazioni dolorose dai distretti periferici verso il sistema nervoso centrale (Melzack e Wall, 1965). Fattori come la memoria, il livello di attenzione, le emozioni, le esperienze precedenti e i tratti di personalità possono aumentare o diminuire il passaggio dei segnali dolorosi, mediando la relazione fra danno fisico e dolore percepito (Minuzzo, 2004).

Nel 1975 Hughes, Smith e Kosterlitz riescono per la prima volta a isolare i cosiddetti oppioidi endogeni, sostanze morfino-simili prodotte dal cervello che, legandosi ai rispettivi recettori nel sistema nervoso centrale, svolgono un'azione analgesica simile a quella della morfina. La scoperta di queste sostanze ha permesso la formulazione della *teoria biochimica dei recettori oppioidi* (Hughes et al. 1975). Questa teoria permette di fornire un'interpretazione dei casi di assenza di percezione dolorosa di fronte a seri danni tissutali ricorrendo non soltanto ai fattori psicologici, ma chiamando in causa anche un vero e proprio correlato fisiologico, vale a dire il rilascio di oppioidi endogeni nell'organismo (Minuzzo, 2004).

A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, lo stesso Melzack (1990, 1999), basandosi sull'osservazione di alcuni pazienti con dolore da arto fantasma, avanza

l'ipotesi che le sensazioni associate alla presenza illusoria di una parte del corpo possano essere spiegate mediante l'attività di una specifica rete di neuroni cerebrali, disposti fra talamo e corteccia e fra corteccia e sistema limbico: la neuromatrice (*body-self neuromatrix*). Sebbene la distribuzione spaziale e le connessioni sinaptiche di questo network neurale siano geneticamente determinate, la sua struttura può modificarsi in funzione delle esperienze sensoriali (Melzack, 2005). Il substrato anatomico della neuromatrice comprende, oltre ad alcune aree della corteccia parietale, due vie nervose: la prima, attraverso il talamo, proietta alla corteccia somestesica segnali sensitivi, successivamente elaborati in sensazioni, per esempio termiche o tattili; la seconda, percorrendo il sistema limbico, conferisce alle sensazioni le dimensioni emozionali collegate al dolore e all'ansia (Cardon et al. 2008). Secondo la *teoria della neuromatrice*, che costituisce un'evoluzione della teoria del cancello, il cervello non si limita a elaborare i segnali provenienti dalle aree periferiche, ma genera invece uno schema integrale del corpo, assumendo un ruolo preminente rispetto alle strutture nervose inferiori (Melzack, 2001). Questa teoria fornisce una nuova cornice concettuale alla questione del dolore, e in particolare a quella delle sindromi dolorose croniche, caratterizzate da una grande intensità del dolore, ma da un ruolo indefinito della patologia sottostante. Secondo questa prospettiva quindi, il dolore, piuttosto che essere prodotto direttamente dagli stimoli sensoriali scatenati da una lesione tissutale o da una patologia, è originato dall'architettura sinaptica della neuromatrice, capace di creare, fra gli altri, anche il pattern neuronale (*neuro-signature*) specifico del dolore, costituito dall'intersezione di neuromoduli sensoriali, affettivi e cognitivi (Melzack, 2005).

---

## Bibliografia

- Agrò FE, Fusco BM, D'Antuono A, Carassiti M (2006) Antropologia del dolore. In: Mercadante S (ed) Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento. Masson, Milano, pp 7–19
- Bellucci G, Tiengo M (2005) La storia del dolore. Momento Medico, Salerno
- Bonica J (1953) The management of pain. Lea and Febiger, Philadelphia
- Brena S (1997) La sofferenza umana nelle grandi tradizioni religiose: un breve saggio di psicologia religiosa. In: Beltrutti D, Lamberto A (eds) Aspetti psicologici nel dolore cronico. Dalla valutazione alla terapia. CELI, Faenza, pp 111–120
- Cardon N, Lanfredini M, Perrella G (2008) L'arto fantasma. BM&L-Italia feb-giu:1–12
- Concilio Vaticano II (1965) Messaggio ai poveri, agli ammalati e a tutti quelli che soffrono, 8-2-1965. In: Acta Apostolicae Sedis (1966) 58:17
- De Benedittis G (2008) È davvero tutto nella mia mente? Il dolore psicogeno rivisitato. Pathos 15(4):6–24
- De Bernardo G (2002) Il rispetto della sofferenza e della morte dell'uomo nella società. In: AA.VV. Il rispetto della sofferenza e della morte nelle principali confessioni. Pensiero, indicazioni e linee guida di accoglienza nelle strutture sanitarie. Libreria Cortina, Verona, pp 47–57
- D'Onofrio F (1992) Il dolore, un compagno scomodo. Edizioni Paoline, Milano
- Ercolani M (1997) Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico. Zanichelli, Bologna
- Galimberti U (2002) Enciclopedia di psicologia. Garzanti, Torino

- Horn S, Munafò M (1997) *Pain: theory, research and intervention*. Open University Press, Buckingham
- Hughes J, Smith T, Kosterlitz H (1975) Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opioid agonist activity. *Nature* 258:577–579
- Illich I (1977) *La nemesi medica*. Mondadori, Milano
- Lamanna E (1972) *Lectures philosophiques*. Seneca. Le Monnier, Firenze
- Livingstone W (1943) *Pain mechanisms*. Macmillan, New York
- Luckey G (1895) Some recent studies of pain. *Am J Psychol* 7:109
- Melzack R (1990) Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci* 13(3):88–92
- Melzack R (1999) Pain and stress: a new perspective. In: Gatchel R, Turk D (eds) *Psychosocial factors in pain*. Guilford, New York, pp 89–106
- Melzack R (2001) Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ* 65:1378–1382
- Melzack R (2005) Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj lecture. *Pain Practice* 5(2):85–94
- Melzack R, Casey KL (1968) Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In: Kenshalo D (ed) *The skin senses*. CC Thomas, Springfield, pp 423–443
- Melzack R, Wall P (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150:971–979
- Minuzzo S (2004) *Nursing del dolore*. Carocci, Roma
- Mondin B (1992) *Dizionario encicopedico del pensiero di Tommaso d’Aquino*. ESD, Bologna
- Müller JP (1840) *Handbuch der Physiologie des Menschen für Vorlesungen*. Hölscher, Coblenz
- Natoli S (2004) *L’esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Feltrinelli, Milano
- Notaro P, Voltolini A, Ferrario M et al (2009) Dolore cronico, dolore inutile. Strutture di Terapia del dolore in Italia. Perché un Libro Bianco. [www.nopain.it/](http://www.nopain.it/) Accessed 8 novembre 2009
- Portenoy R (2006) Presentazione. In: Mercadante S (ed) *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Masson, Milano, pp IX-X
- Rey R (1998) *The history of pain*. Harvard University Press, Cambridge
- Schiff M (1858) *Lehrbuch der Physiologie des Menschen, I. Muskel und Nervenphysiologie*. Lehr, Schauenburg
- Sherrington C (1900) Cutaneous sensations. In: Schäfer (ed) *Textbook of psychology*. Pentland, London, pp 1002–1025
- Stephenson J (1999) Veterans’ pain a vital sign. *JAMA* 281(11):978
- Sterpellone L (2004) *I grandi della medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita*. Donzelli, Roma
- Summers S (2000) Evidence-based practice, I: pain definition, pathophysiologic mechanisms and theories. *J Perianesth Nurs* 15(5):357–365
- Tiengo M (2002) Il dolore e il suo controllo. *L’Arco di Giano* 33:37–56
- Turk D, Okifuji A (2001) Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al. (eds) *Bonica’s management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 16–25
- von Frey M (1894) Beiträge zur Physiologie des Schmerzsinns. *Königl Sächs Ges Wiss, Math Phys Classe* 46:185–196
- Wittgenstein L (1986) *Zettel*. Einaudi, Torino
- Yogananda P (1953) *The science of religion*. SRF, Los Angeles
- Zimmerman M, Handwerker H (1988) *Il dolore. Lineamenti e prassi medica*. Fogliazza, Milano

---

# **Parte I**

## Conoscere il dolore

---

## 2.1

### I sistemi di classificazione del dolore

Più che in altre discipline, per l'algologia utilizzare un linguaggio comune e un sistema di classificazione unitario rappresenta una necessità fondamentale. Negli ultimi decenni infatti, gli enormi progressi nel campo dell'eziologia e della fenomenologia del dolore hanno favorito la moltiplicazione di vocabolari, linguaggi e modelli classificatori spesso incompatibili, che hanno generato confusione e difficoltà nei processi di valutazione e studio. Secondo John Bonica, pioniere della moderna algologia, "lo sviluppo e la diffusa acquisizione di una terminologia universalmente accettata e di una classificazione delle sindromi dolorose sono tra i più importanti obiettivi e responsabilità della *International Association for the Study of Pain* (IASP). Anche se le definizioni e le classificazioni adottate non saranno perfette, esse sono sicuramente migliori della Babele che esiste oggi" (Bonica, 1979). Nel 1986 la IASP pubblica la prima classificazione del dolore cronico, aggiornata nel 1994 a cura della Task Force on Taxonomy della stessa associazione (Merskey e Bogduk, 1994). Alcune delle voci più significative sono riportate di seguito:

- *allodinia*: dolore dovuto a uno stimolo che normalmente non provoca dolore;
- *analgesia*: assenza di dolore in risposta a stimolazioni che normalmente sarebbero dolorose;
- *causalgia*: sindrome caratterizzata da dolore bruciante prolungato, allodinia e iperpatia in seguito a lesione nervosa traumatica, spesso accompagnata da disfunzioni vasomotorie e modificazioni trofiche tardive;
- *disestesia*: sensazione anormale sgradevole sia spontanea sia provocata;

---

S. Cugno (✉)  
Psicologo clinico, Milano

- *parestesia*: sensazione anormale non sgradevole sia spontanea sia provocata;
- *ipoestesia*: diminuita sensibilità allo stimolo, esclusi i sensi speciali;
- *iperalgisia*: aumentata risposta a uno stimolo normalmente doloroso;
- *ipoalgisia*: diminuita risposta a uno stimolo normalmente doloroso;
- *iperpatia*: sindrome nella quale dopo uno stimolo, soprattutto se ripetuto, si ha una reazione dolorosa anormale;
- *soglia del dolore*: la più piccola esperienza di dolore che un soggetto può riconoscere come tale;
- *tolleranza al dolore*: il livello massimo di dolore che una persona può sopportare;
- *sofferenza*: stato di angoscia, associato o non associato a dolore, connesso a eventi che minacciano l'integrità della persona.

---

## 2.2

### I sistemi di classificazione monodimensionale del dolore

Attualmente, quasi tutte le classificazioni del dolore si fondano sul lavoro di esperti del settore, che affrontano aspetti specifici del fenomeno, quali l'origine, l'intensità, il timing e la durata (Turk e Okifuji, 2001). Molte tassonomie si basano su un unico criterio monodimensionale e risultano pertanto limitate e incomplete. Per ottenere un inquadramento migliore si può utilizzare una combinazione di più classificazioni (Mangione e De Santis, 2006).

#### 2.2.1

##### Classificazione basata sull'origine del dolore

Secondo Jaume (2006), medico e biologo francese membro della IASP, è possibile distinguere diverse tipologie di dolore in funzione della sua origine:

- *dolore da ipernocicezione*: deriva da un attacco esterno al sistema nervoso, per esempio un taglio, che attiva i meccanismi fisiologici del dolore. La natura della lesione può essere tissutale, infiammatoria, ischemica o meccanica;
- *dolore da deafferentazione (o neurogeno o neuropatico)*: a differenza di quello da ipernocicezione, il dolore da deafferentazione è provocato da un'aggressione interna originata da un'anomalia dell'integrità strutturale del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) o periferico (nervi e gangli nervosi rachidei). Questa condizione provoca un malfunzionamento dei meccanismi di regolazione del dolore, a seguito del quale la persona si trova più facilmente esposta a tale esperienza, come accade nell'allodinia, nell'herpes intercostale e nel dolore da arto fantasma;
- *dolore dovuto al sistema nervoso vegetativo*: questo tipo di dolore si origina da un'attività efferente del sistema nervoso autonomo, in base alla quale le fibre che si diramano dai centri nervosi vegetativi sono colpite da una patologia, come nel caso dell'algodistrofia e della causalgia;

- *dolore riferito (o trasferito o proiettato)*: questa particolare forma di dolore si manifesta, grazie all'attività di neuroni specifici e non specifici, in una sede diversa dal luogo in cui si origina;
- *dolore memoria*: si tratta di una tipologia di dolore difficile da diagnosticare, in cui, nonostante la risoluzione del danno neuroanatomico, l'organismo continua a mantenere una traccia mnemonica della percezione dolorosa;
- *dolore iatrogeno*: la sua particolarità risiede nel fatto che il dolore ha origine dall'azione di cura stessa, in cui sono presenti interventi invasivi o prescrizioni sgradevoli;
- *dolore postoperatorio*: questo tipo di dolore è conseguente alla lesione tissutale provocata dal gesto tecnico del chirurgo;
- *dolore psicogeno*: generalmente si pone questa diagnosi quando gli esami complementari e gli approfondimenti clinici danno esito negativo, assicurando l'assenza di cause organiche alla base della sintomatologia algica;
- *dolore senza oggetto (o sine materia)*: quando il normale processo diagnostico non rivela cause organiche o psichiche o di memoria, si è soliti ricorrere al concetto di dolore senza oggetto, secondo il quale la percezione del dolore può sussistere in modo completamente autonomo.

### 2.2.2

#### **Classificazione basata sull'intensità del dolore**

Si tratta di una categorizzazione molto diffusa nella ricerca sperimentale e nella pratica clinica, basata sulla dichiarazione soggettiva del paziente circa l'intensità del dolore avvertito, misurato mediante strumenti come la *Verbal Rating Scale* (VRS), la *Visual Analogue Scale* (VAS) e la *Visual Numeric Scale* (VNS) (vedi Capitolo 6).

### 2.2.3

#### **Classificazione basata sul timing del dolore**

Sulla base di questo criterio si è soliti effettuare una distinzione fra *dolore continuo*, che perdura per più di una giornata intera senza mai recedere completamente, pur potendo variare di intensità, *dolore alternante*, che si manifesta solo in specifici periodi della giornata e non presenta alcuna connessione con attività, movimenti, ritmi biologici o situazioni psicofisiche, e *dolore incidente*, determinato da movimenti attivi o passivi (Mangione e De Santis, 2006).

### 2.2.4

#### **Classificazione basata sulla durata del dolore**

Il solo criterio della durata, anch'esso molto utilizzato nella pratica clinica e di ricerca, rischia di non rappresentare un sistema valido di categorizzazione, giacché la

dinamica patologica responsabile del dolore può mostrarsi in parte indipendente dal tempo necessario per il suo decorso. Di solito, in base a questo parametro si pratica la distinzione fra dolore acuto e dolore cronico.

Il *dolore acuto* è definito come un dolore istantaneo, a inizio recente e probabile durata limitata, che svolge il fondamentale compito di suscitare una rapida risposta difensiva a uno stimolo nocicettivo. Diversamente da quanto accade con il dolore cronico, esso ha quasi sempre una connessione causale e temporale ben definita con una specifica lesione tissutale o malattia (Varrassi et al. 1997). Prendersi tempestivamente cura del dolore acuto può risultare di fondamentale importanza per evitare che esso cronicizzi, radicandosi nell'organismo somatico e psichico della persona.

In funzione del modello teorico di riferimento, i due criteri temporali più utilizzati per definire il *dolore cronico* sono la durata di tre mesi per la *International Association for the Study of Pain* (Merskey e Bogduk, 1994) oppure di sei mesi per l'*American Psychiatric Association* (APA 2001) a partire dal momento della sua insorgenza. Secondo un'altra proposta, si ha dolore cronico quando esso perdura oltre il normale tempo di guarigione (Bonica, 1953). Ritenendo questi criteri troppo arbitrari o ambigui, Turk e Okifuji (2001) hanno proposto di distinguere il dolore cronico da quello acuto in base all'intersezione di due dimensioni: durata e ruolo della patologia fisica sottostante. Di solito, i casi di dolore acuto presentano una durata breve e un ruolo rilevante e ben identificabile della patologia fisica, e i casi di dolore cronico una durata estesa e un ruolo ridotto e incerto della malattia fisica. Questa prospettiva consente di definire il dolore cronico come generalmente "causato da una lesione, ma che può essere mantenuto da fattori patogeneticamente e fisicamente lontani dalla causa originaria. Esso perdura per un lungo periodo di tempo e rappresenta livelli bassi della patologia sottostante, che non giustifica la presenza né l'entità del dolore. Questo tipo di dolore porta spesso i pazienti a cercare assistenza medica, anche se raramente viene curato in modo efficace. Vista la durata prolungata del dolore, è probabile che fattori ambientali e affettivi interagiscano col danno tissutale, contribuendo alla persistenza del dolore e ai comportamenti di malattia" (Turk e Okifuji, 2001).

Attualmente il dolore cronico rappresenta uno dei principali problemi in ambito sanitario. La sua presenza, che varia tra il 10 e il 55% della popolazione mondiale, secondo i principali studi epidemiologici internazionali (Breivik e Collett, 2006), è più elevata tra gli individui di genere femminile e aumenta con l'avanzare dell'età, soprattutto dopo i sessantacinque anni (Notaro et al. 2009). In Italia si calcola che oltre il 20% delle persone soffra, anche per lunghi periodi della vita, di sindromi dolorose conseguenti a patologie croniche non neoplastiche. Il dolore cronico non trattato può condurre a disabilità fisica e a importanti problematiche psicologiche e sociali, spesso non diagnosticate. Infatti, oltre alle conseguenze sfavorevoli su muscoli e articolazioni, dovute soprattutto alla scarsa mobilità fisica, una percentuale molto elevata di pazienti con dolore cronico soffre di depressione, per lo più reattiva, acuita in molti casi dalla presenza di disturbi ansiosi (Fishbain et al. 1997; APA, 2001; Turner e Romano, 2001). Inoltre, a causa della frequente riduzione delle normali attività quotidiane, soprattutto lavorative, e dell'incremento del ricorso alle cure sanitarie, i costi sociali ed economici del dolore cronico risultano elevatissimi. Recenti dati

indicano che la spesa annua collegata al dolore cronico in alcuni paesi europei paragonabili per caratteristiche socioeconomiche all'Italia (Notaro et al. 2009) è di 1,8-2 punti del prodotto interno lordo.

---

## 2.3

### I sistemi di classificazione multidimensionale del dolore

A partire dal 1965, anno di pubblicazione della teoria del cancello di Melzack e Wall, viene sempre più riconosciuto e avvalorato il ruolo delle componenti psicologiche e sociali nella genesi e nel mantenimento del dolore cronico.

L'*Emory Pain Estimate Model* (EPEM) (Brena e Koch, 1975; vedi Capitolo 6) rappresenta uno fra i primi tentativi di integrare in un'unica classificazione le dimensioni biofunzionale (o patologica) e psicologico-sociale (o comportamentale) del dolore. Dall'incrocio di queste due dimensioni emergono quattro cluster di pazienti con dolore cronico:

- pazienti in cui risulta rilevante la dimensione patologica, ma non quella comportamentale;
- pazienti in cui risulta rilevante la dimensione comportamentale, ma non quella patologica;
- pazienti in cui entrambe le dimensioni risultano trascurabili;
- pazienti in cui entrambe le dimensioni risultano rilevanti.

Alla fine degli anni Ottanta, sulla scorta del lavoro di Brena e Koch, viene ideato il *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), costituito da una serie di scale di chiara derivazione empirica, che propone una classificazione di natura psicologico-sociale del dolore (Turk e Rudy, 1988; vedi Capitolo 6). Usando la cluster-analysis, Turk e Rudy distinguono tre profili unici, non sovrapponibili, di pazienti affetti da dolore cronico:

- *pazienti disfunzionali (dysfunctional)*, che riferiscono dolore intenso, nonché considerevoli interferenze nella vita quotidiana, elevati livelli di stress psicologico e bassi livelli di attività dovuti al dolore;
- *pazienti con stress interpersonale (interpersonally distressed)*, i quali hanno la percezione di non ricevere un adeguato sostegno da parte delle figure significative;
- *pazienti adattivi (adaptive copers)*, che riferiscono appropriato supporto sociale, scarse interferenze dovute al dolore e livelli relativamente alti di attività.

Attualmente, la classificazione multidimensionale più utilizzata è quella proposta dalla *Task Force on Taxonomy* della IASP (Merskey e Bogduk, 1994). Tale tassonomia, che rappresenta uno fra gli approcci più esaustivi e globali al tema del dolore cronico, ruota attorno a cinque assi, ognuno dei quali descrive una caratteristica

del dolore, identificata da una commissione di esperti di diverse discipline sulla base della letteratura esistente in materia:

- *asse I – Regioni del corpo coinvolte*: testa, faccia e bocca; regione cervicale; spalla e arti superiori; torace; regione addominale; schiena, rachide lombare, sacro e coccige; arti inferiori; regione pelvica; regione anale, perineale e genitale; oltre tre localizzazioni principali;
- *asse II – Sistemi coinvolti*: nervoso e sensi speciali (disturbo o disordine fisico); nervoso (psicologico e sociale); respiratorio e cardiovascolare; muscoloscheletrico e tessuto connettivo; cute, sottocute e ghiandole associate; gastrointestinale; genitourinario; altri organi o visceri; più di un sistema; non noto;
- *asse III – Caratteristiche temporali del dolore (tipo di evento)*: non registrato, non applicabile o sconosciuto; singolo episodio, durata limitata; continuo o quasi continuo, senza fluttuazioni; continuo o quasi continuo, di severità fluttuante; ricorrente in modo irregolare; ricorrente in modo regolare; parossistico; prolungato con parossismi sovrapposti; altre combinazioni; nessuno dei precedenti;
- *asse IV – Intensità e durata (dichiarazione del paziente)*: lieve, moderata, grave; meno di un mese, da uno a sei mesi, più di sei mesi;
- *asse V – Eziologia*: disordini genetici e congeniti; traumi, interventi chirurgici, ustioni; infettiva, parassitaria; reazioni immuni infiammatorie; neoplasie; tossica, metabolica; degenerativa, meccanica; disfunzionale (inclusa psicofisiologica); sconosciuta o altro; origine psicologica.

Sebbene questa classificazione escluda dai criteri tassonomici principali gli aspetti psicologico-sociali e comportamentali del dolore, essa lascia spazio per annotazioni sui fattori psicologici nell'asse II, dove si può registrare la compresenza di un disturbo mentale, e nell'asse V, dove, tra le possibili eziologie, si possono indicare quelle psicofisiologiche e psicologiche.

---

## 2.4

### I sistemi di classificazione del dolore in psichiatria

Il dolore gioca un ruolo importante in numerosi quadri psicopatologici, fra cui le nevrosi fobiche e ossessive, l'isteria, i disturbi ansioso-depressivi e le perversioni sado-masochistiche (Jaume, 2006). Cionondimeno, secondo il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA, 2001) il dolore cronico deve essere collocato fra i disturbi somatoformi, in particolare il disturbo di conversione, quello di somatizzazione e quello algico. I criteri diagnostici proposti dal DSM-IV per il *disturbo di conversione* sono:

- a) uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale;
- b) si valuta che qualche fattore psicologico sia associato col sintomo o col deficit, in quanto l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit è preceduto da

- qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante;
- c) il sintomo o deficit non è intenzionalmente prodotto o simulato;
  - d) il sintomo o deficit non può, dopo le appropriate indagini, essere pienamente spiegato con una condizione medica generale, o con gli effetti diretti di una sostanza, o con una esperienza o comportamento culturalmente determinati;
  - e) il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, oppure richiede attenzione medica;
  - f) il sintomo o deficit non è limitato a dolore o disfunzioni sessuali, non si manifesta esclusivamente in corso di disturbo di somatizzazione, e non è meglio spiegabile con qualche altro disturbo mentale.

Inoltre, è necessario specificare il sottotipo di conversione in base alla natura dei deficit osservati, classificati in motori, epilettiformi, sensitivi, fra cui rientrano anche quelli dolorosi, o misti. Secondo l'ICD-10, la conversione rientra fra i disturbi dissociativi e include criteri distinti per le *sindromi dissociative motorie*, le *convulsioni dissociative* e l'*anestesia e perdita sensoriale dissociative* in una sezione che comprende anche la *fuga dissociativa* e l'*amnesia dissociativa* (OMS, 1992).

Perché si possa effettuare una diagnosi di *disturbo di somatizzazione*, invece, il DSM-IV richiede:

- a) una storia di molteplici lamentele fisiche, cominciata prima dei 30 anni, che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni, e che conducono alla ricerca di trattamento o portano a significative menomazioni nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti;
- b) tutti i criteri seguenti debbono essere riscontrabili, nel senso che i singoli sintomi debbono comparire in qualche momento nel corso del disturbo:
  - 1. quattro sintomi dolorosi: una storia di dolore riferita ad almeno quattro localizzazioni o funzioni;
  - 2. due sintomi gastrointestinali: una storia di almeno due sintomi gastrointestinali in aggiunta al dolore;
  - 3. un sintomo sessuale: una storia di almeno un sintomo sessuale o riproduttivo in aggiunta al dolore;
  - 4. un sintomo pseudo-neurologico: una storia di almeno un sintomo o deficit che fa pensare ad una condizione neurologica non limitata al dolore;
- c) l'uno o l'altro di 1. e 2.:
  - 1. dopo le appropriate indagini, ciascuno dei sintomi del Criterio b non può essere esaurientemente spiegato con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza;
  - 2. quando vi è una condizione medica generale collegata, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne deriva risultano sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico e dai reperti di laboratorio;
- d) i sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati.

Secondo l'ICD-10, perché si possa parlare di *somatizzazione* è necessario che siano presenti almeno sei dei quattordici sintomi previsti, classificabili in gastrointestinali, cardiovascolari, genitourinari, cutanei e dolorosi. I sintomi devono essere di almeno due tipi. Inoltre, il paziente deve mostrare una persistente tendenza a rifiutare il responso medico che non vi sia un'adeguata causa somatica alla base dei sintomi (OMS, 1992).

Infine, il DSM-IV prevede il rispetto dei seguenti criteri per diagnosticare il *disturbo algico*, già noto come *disturbo da dolore somatoforme* nel DSM-III:

- a) il dolore in uno o più distretti anatomici rappresenta l'elemento principale del quadro clinico ed è di gravità sufficiente per giustificare attenzione clinica;
- b) il dolore causa malessere clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree;
- c) si valuta che qualche fattore psicologico abbia un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore;
- d) il sintomo o deficit non viene intenzionalmente prodotto o simulato (come nei Disturbi fittizi o nella Simulazione);
- e) il dolore non è meglio attribuibile a un disturbo dell'umore, d'ansia o psicotico e non incontra i criteri per la dispareunia.

È inoltre necessario specificare il tipo di disturbo, scegliendo fra *disturbo algico associato con fattori psicologici*, *disturbo algico associato con fattori psicologici e con una condizione medica generale*, e *disturbo algico associato con una condizione medica generale*. Per i primi due tipi di disturbo, risulta altresì indispensabile precisare se si tratti di dolore acuto, la cui durata sia cioè inferiore ai sei mesi, oppure di dolore cronico. L'ICD-10 non usa il termine disturbo algico ma *sindrome somatoforme da dolore persistente*. I criteri diagnostici richiedono che il dolore duri almeno sei mesi e che non risulti adeguatamente spiegato dall'evidenza di un processo fisiologico o di una patologia somatica (OMS, 1992).

---

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2001) DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. IV ed. Text Revision. Masson, Milano
- Bonica J (1953) The management of pain. Lea and Febiger, Philadelphia
- Bonica J (1979) The need of a taxonomy. *Pain* 6:247–252
- Breivik H, Collett B (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain* 10(4):287–333
- Brena S, Koch D (1975) A pain estimate model for quantification and classification of chronic pain states. *Anesth Rev* 2:8–13
- Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H et al (1997) Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 13:116–137
- Jaume J (2006) Trattato pratico di algologia. Un approccio completo e aggiornato alle terapie contro il dolore. Red, Milano

- Mangione S, De Santis F (2006) Tassonomia del dolore. In: Mercadante S (ed) *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Masson, Milano, pp 56–64
- Merskey H, Bogduk N (1994) *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. IASP, Seattle
- Notaro P, Voltolini A, Ferrario M et al (2009) Dolore cronico, dolore inutile. *Strutture di Terapia del dolore in Italia. Perché un Libro Bianco*. [www.nopain.it/](http://www.nopain.it/) Accessed 8 novembre 2009
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992) *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Masson, Milano
- Turk D, Okifuji A (2001) Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al (eds) *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 16–25
- Turk D, Rudy T (1988) Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *J Consult Clin Psychol* 56:233–238
- Turner J, Romano J (2001) Psychological and psychosocial evaluation. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al (eds) *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 329–341
- Varrassi G, Marinangeli F, Cocco C (1997) Il dolore acuto. In: Beltrutti D, Lamberto A (eds) *Aspetti psicologici nel dolore cronico. Dalla valutazione alla terapia*. CELI, Faenza, pp 45–58