

MUOVERSI CON IL DOLORE

A cura di:

Caterina Galandra, Michelangelo Buonocore, Marta Antonioli, Ines Giorgi

liberi dal dolore
onlus

L'Associazione Liberi dal Dolore-ONLUS riunisce intorno a sé i pazienti con dolore acuto e cronico e i loro familiari e vuole contribuire a una maggiore diffusione della conoscenza della Terapia del dolore e dei Centri in cui viene applicata.

©

liberi dal dolore
onlus

Lungoticino Sforza 12, 27100 Pavia www.liberidaldolore.org

c/c 17093 Intesa-San Paolo, Piazza Dante, 1 27100 Pavia

IBAN IT 92 E030 6911 3001 0000 00170 093

PREMESSA

L'esperienza del dolore viene comunemente associata alla mancanza o alla riduzione dell'attività o alla presenza di una attività motoria poco coordinata e non finalizzata al raggiungimento di obiettivi, infatti spesso i pazienti affetti da dolore cronico sono così tanto influenzati dalla paura del dolore in generale, e dalla paura del movimento in particolare, da rinunciare a gran parte delle loro abituali attività; questo limite instaura un circolo vizioso in cui la persona coinvolta riduce sempre di più la sua sfera di azione, di interessi e di influenza al punto da ritrovarsi da sola con l'esperienza totalizzante del dolore.

Una delle possibilità attualmente praticabili per spezzare il circolo vizioso in cui sono inseriti i pazienti con dolore cronico è rappresentato dal trattamento cognitivo-comportamentale, ossia un trattamento psicologico il cui principale scopo è quello di aiutare i pazienti a modificare alcune credenze e alcuni comportamenti per loro maladattivi, insegnando loro tecniche utili per potenziare la

capacità di adattamento al dolore e migliorare di conseguenza la qualità della vita.

Il primo aiuto è rappresentato dal far conoscere non solo i meccanismi che sostengono e rinforzano la disabilità legata al dolore, ma anche le strategie mediante le quali tali meccanismi possono essere modificati.

Il presente contributo intende offrire non solo ai pazienti, ma anche alle persone a loro vicine, una opportunità per riflettere sulle problematiche, ma anche sulle risorse utilizzabili per fronteggiare la difficile esperienza del dolore.

“Muoversi con il dolore” rappresenta per gli autori, non solo un titolo, ma l’obiettivo a cui tendere, dove al movimento non si associa solo l’esercizio fisico, ma una generale capacità di rimettere in moto pensieri, emozioni e progetti intrappolati dal dolore.

Cesare Bonezzi

IL DOLORE

Il dolore viene definito come *una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale, o descritta in relazione a tale danno* (International Association for the Study of Pain, 1994).

Dal punto di vista strettamente biologico, il dolore ha un significato protettivo, in quanto risposta relativa a stimolazioni potenzialmente pericolose sulle strutture anatomiche predisposte alla rilevazione di danni ai tessuti. Il dolore è un sensazione complessa con un significato essenziale di difesa; ha, infatti, la funzione di avvertire e, dove possibile, evitare stimoli in grado di attuare un danno all'integrità dell'organismo.

Il dolore si manifesta come risposta ad un evento acuto, di cui è facile riconoscere la causa, o come espressione di una patologia complessa, spesso difficile da individuare nelle sue origini. E' una sensazione spiacevole di cui però non possiamo fare a meno, poiché la sua mancanza pregiudicherebbe la nostra vita.

Il dolore può essere acuto e cronico. Il dolore di breve durata che si risolve senza interventi terapeutici specifici, generalmente associato a un danno dei tessuti o a stimoli dolorosi (per esempio: il dolore associato a una piccola ustione, a un taglio), viene definito "**dolore acuto**". Esso ha un valore adattivo, poiché ci

avverte della presenza e della localizzazione di una lesione e consente di correggere quei comportamenti che ne sono la causa o che contribuiscono ad essa. Ci ricorda, inoltre, quando una parte del corpo ferita necessita di tempo per guarire. Il dolore acuto è in stretta relazione con la causa che lo ha generato, in quanto strettamente connesso all'intensità e soprattutto alla durata dello stimolo lesivo.

Il dolore che persiste per un lungo periodo, oltre il tempo necessario per la guarigione della malattia acuta, spesso associato a processi patologici cronici e/o evolutivi, viene definito “**dolore cronico**”. Nella maggior parte delle patologie croniche, il dolore perde la sua funzione di utilità e conserva solo l'aspetto negativo di interferire con le normali attività e compromettere la qualità della vita.

Il dolore può inoltre essere suddiviso in due ampie categorie: dolore nocicettivo e dolore neuropatico.

1) Il **dolore nocicettivo** è causato dall'attivazione dei recettori del dolore presenti nella maggior parte dei tessuti. Le sensazioni provate dall'attivazione di tali recettori sono riconosciute come dolore dal paziente in quanto ricordano il dolore fisiologico.

2) Il **dolore neuropatico** origina da un processo patologico che coinvolge il sistema nervoso centrale o periferico e che risulta da un danno alle strutture nervose adibite al trasporto e

all'elaborazione delle informazioni dolorose. Il dolore neuropatico viene percepito in modo differente dal dolore nocicettivo ed è spesso descritto con parole come “acuto”, “elettrico” o “bruciante”. Il dolore neuropatico risponde scarsamente agli approcci terapeutici tradizionali ed alle dosi standard di analgesici.

La teoria del “cancello”

La teoria del cancello è stata formulata negli anni '60 da Roland Melzack e Patrick Wall per evidenziare l'importanza della modulazione degli impulsi dolorosi da parte di stimolazioni non dolorose, inclusi i fattori psicologici, che possono giocare un ruolo importante nell'esperienza del dolore.

Quando sei ferito, un segnale viaggia attraverso le fibre nervose dalla sede della ferita fino al midollo spinale e poi su fino al cervello. Il cervello interpreta il segnale relativo al tessuto danneggiato e tu provi dolore. L'estensione o la gravità del danno tissutale è solo una delle variabili che influenzano l'intensità di dolore che percepiamo. Le ricerche hanno dimostrato che ci sono altri fattori in grado di influenzare il dolore che proviamo, specialmente quando si tratta di dolore cronico. Molti pazienti affetti da dolore cronico hanno, infatti, sperimentato un aumento o una diminuzione nell'intensità del dolore in determinate occasioni,

in assenza del benché minimo cambiamento nell'estensione del tessuto danneggiato.

Secondo la teoria del cancello, l'esperienza del dolore non è soltanto il risultato dell'interpretazione degli impulsi nervosi inviati direttamente dai neuroni sensoriali al cervello. Senza dubbio, i messaggi relativi al dolore possono essere modificati, prima di raggiungere il cervello, da altri stimoli in entrata. La teoria suggerisce l'esistenza di un "meccanismo a cancello", situato nel corno posteriore del midollo spinale, che modula il segnale relativo al dolore. Il cancello si apre e si chiude a seconda delle informazioni in arrivo dai diversi tipi di fibre nervose del corpo. Questo meccanismo include anche gli impulsi nervosi discendenti dal cervello relativi ai pensieri e all'umore dell'individuo (per esempio, ansia o depressione). L'apertura e la chiusura del cancello modifica la quantità di informazione spedita al cervello dall'area danneggiata. I pensieri negativi aprono il cancello, che fa passare più informazioni dolorifiche, mentre i pensieri positivi chiudono il cancello riducendo il messaggio relativo al dolore. Il risultato è che i segnali dolorifici possono essere intensificati, ridotti o anche bloccati lungo la strada verso il cervello.

Esempi:

1. Ha mai notato che il dolore sembra aumentare quando sei annoiato o non hai niente da fare (per esempio: di notte mentre sei nel letto e non riesci a prendere sonno), o quando stai sperimentando pensieri negativi ed emozioni come ansia, rabbia e depressione? Pensieri ed emozioni negative e l'attenzione concentrata sul dolore tendono a mantenere aperto il cancello del dolore.
2. Hai notato che in alcuni momenti, per esempio quando sei distratto o impegnato in attività divertenti (guardare un film, chiacchierare con gli amici o fare qualcosa di piacevole), può capitare di provare una minore intensità di dolore? Questo perché l'informazione proveniente dal cervello si oppone a quella che proviene dalla ferita e chiude il cancello.
3. Hai mai preso un colpo alla testa o alla gamba e poi te la sei massaggiata? Ha mai notato che dopo averla massaggiata il dolore si attenua? Quando massaggi l'area ferita stai effettivamente stimolando fibre nervose tattili che entrano in competizione con l'informazione trasportata da fibre dolorifiche. L'informazione sensoriale proveniente dalle fibre tattili chiude il cancello in modo tale che arrivi al cancello un'informazione dolorifica meno intensa.

L'impatto del dolore

Soffrire di un dolore cronico incide su tutti gli aspetti della vita di un individuo. Esso colpisce non solo il collo, le spalle o la schiena, ma ha effetti su tutto ciò che le persone fanno: su come lavorano, su come giocano e, persino, sul loro umore...

- ♦ **Attività:** Il dolore influenza il livello di attività di una persona e il tipo di lavoro o di attività sociali a cui si dedica; questo, a sua volta, ha un impatto sull'esperienza del dolore della persona.
- ♦ **Pensieri ed emozioni:** Il modo in cui una persona pensa (es. "La vita è ingiusta"; "Non mi sentirò mai meglio") e si sente (es. depresso, ansioso, privo di valore) può avere un impatto notevole sull'esperienza del dolore. Le ricerche indicano che le emozioni e i pensieri negativi tendono a incrementare l'attenzione sul dolore, facendo sì che esso si avverta in misura maggiore.

Il Ciclo del dolore

La figura 1 illustra la stretta relazione che esiste tra dolore, sofferenza e disabilità.

Quando il dolore persiste nel tempo, l'individuo può sviluppare credenze negative al riguardo ("Non migliorerà mai", "Non riesco

a sopportare questo dolore”) o pensieri negativi su se stesso (“Non valgo nulla per la mia famiglia perché non posso lavorare”, “Non guarirò mai”). Con il persistere del dolore, l’individuo può arrivare a evitare determinate attività (lavoro, attività sociali, hobby) per paura di ulteriori lesioni o danni o che il dolore aumenti. A mano a mano che le attività diminuiscono, i muscoli si indeboliscono, il peso corporeo aumenta e le condizioni fisiche generali peggiorano. Il disegno sottostante illustra come la sofferenza e la disabilità hanno un effetto retroattivo sul dolore e lo fanno sembrare peggiore.

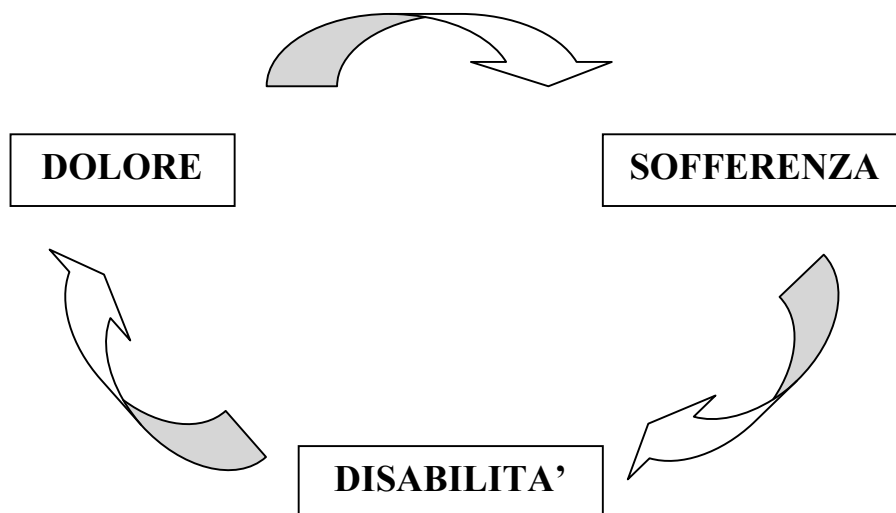


Fig. 1. Il ciclo del dolore

ANSIA, DOLORE E PAURA DEL MOVIMENTO

Ansia utile

Da tempi immemorabili, l'evoluzione ci ha dotato di un meccanismo fondamentale per la sopravvivenza: ***la reazione al pericolo***. Nessun animale potrebbe sopravvivere se non riconoscesse i pericoli e non reagisse di conseguenza.

Secondo quanto proposto da G. Andrews, M. Creamer et al. (2003), l'ansia è uno stato di attivazione fisiologica e cognitiva in previsione di un possibile pericolo. Da questo punto di vista, l'ansia deve essere distinta dalla paura in cui la medesima attivazione avviene per una situazione presente. Se nel corso di un'escursione in montagna si incontra un orso, si ha paura; se durante l'escursione si teme di incontrare un orso, questa è ansia.

L'attivazione che consegue alla paura e all'ansia, la cosiddetta ***risposta di attacco-fuga***, consiste in una serie di modificazioni di parametri fisiologici dirette a fornire all'animale più forza e velocità per poter fuggire dal pericolo o lottare contro di esso. Il meccanismo attacco-fuga ha dunque un ruolo fondamentale in molte specie per la preservazione della vita.

Considera il seguente esempio. Stai attraversando una strada quando sbuca all'improvviso una macchina che procede a grande velocità ed è a pochi metri da te. Ti spaventi e corri verso il

marciapiede. Ancora prima che inizi a correre, il cervello ha avvertito il pericolo e l'organismo ha iniziato ad attivare il sistema nervoso autonomo, ed in particolare a rilasciare nel sangue adrenalina, un ormone. L'attivazione determina i cambiamenti fisiologici di seguito elencati, che hanno lo scopo di predisporre il corpo e la mente al contrattacco o alla fuga in presenza di un pericolo:

- ♦ Il respiro si fa più frequente e le narici e i polmoni si espandono, aumentando la quantità di ossigeno disponibile per i muscoli.
- ♦ Il ritmo cardiaco e la pressione del sangue aumentano, in modo da trasportare velocemente l'ossigeno e il nutrimento richiesti da muscoli.
- ♦ Il sangue è dirottato ai muscoli, in particolare ai grossi muscoli degli arti inferiori. Meno sangue affluisce agli organi interni, soprattutto allo stomaco e all'intestino, e anche al viso e si può diventare "bianchi di paura".
- ♦ La digestione si ferma. La bocca diventa secca e produce meno saliva. Il cibo si ferma nello stomaco e può dar luogo a una sensazione di nausea o di "nodo allo stomaco". Il fegato, invece, libera nel sangue dello zucchero, che serve a fornire rapidamente energia.
- ♦ I muscoli si tendono, preparandosi a contrarsi velocemente.

Aumenta la capacità di coagulazione del sangue, cosicché nel caso di ferita si ridurrebbe la perdita di sangue.

- ♦ Si comincia a sudare, per contrastare il surriscaldamento dovuto all'attività fisica.
- ♦ La mente diventa vigile e si concentra su un pensiero dominante: “Sono davvero in pericolo? E se lo sono, come posso mettermi in salvo?”. Tutto il resto passa in secondo piano.
- ♦ Il sistema immunitario rallenta. Il corpo per il momento concentra tutti i suoi sforzi nella fuga.

Si tratta della cosiddetta risposta automatica di attacco-fuga, la reazione ancestrale, geneticamente determinata, fisica e mentale, al pericolo. Essa è collegata, soggettivamente, all'emozione della paura. Tale reazione porta ad essere più pronti e rapidi nel mettersi in salvo e, solo quando la fuga è impossibile, più efficienti nel lottare per la propria vita. In ogni situazione di allarme si genera una specie di reazione di attacco o fuga, che non sempre ovviamente raggiunge l'intensità che si ha in una situazione di vita o morte.

La risposta di attacco-fuga si sviluppa subito dopo che si è percepito un pericolo ed è di breve durata perché non appena il pericolo cessa, gli ormoni rilasciati sono rapidamente

metabolizzati (distrutti). In questo caso parliamo di **ansia positiva**, funzionale, utile alla sopravvivenza.

Un certo grado di ansia, se non è eccessivo, può essere utile non solo in presenza di un pericolo fisico, ma anche in alcune attività che richiedono impegno, concentrazione, attenzione a non sbagliare, come prima di un esame o di un colloquio di lavoro. La concentrazione, l'aumento dello stato di vigilanza mentale e la forza fisica che sperimentiamo quando è attivato il meccanismo attacco-fuga possono aiutarci a fare meglio in situazioni impegnative. Non si dà il meglio di sé se si è completamente rilassati quando si affronta un esame, si gioca una partita o si discute una questione importante.

I problemi sorgono quando l'attivazione è eccessiva, sproporzionata alla situazione reale oppure troppo frequente.

Quando si diventa troppo ansiosi, la capacità di risolvere i problemi (per esempio affrontare le scadenze di lavoro) diminuisce, perché l'ansia riduce la capacità di pensare con chiarezza e di agire in modo ragionevole e può rendere incapaci di fare anche le cose che si sanno fare bene. Idealmente, per raggiungere il massimo dell'efficienza, si dovrebbe essere calmi in situazioni normali e un po' ansiosi, tesi e vigili, ma non troppo in situazioni difficili.

Si noti che chi soffre di un disturbo d'ansia spesso si spaventa anche di un grado moderato di ansia, che potrebbe essere utile, perché teme che possa crescere fino a diventare incontrollabile.

La relazione tra ansia e prestazione è illustrata nella figura 2.

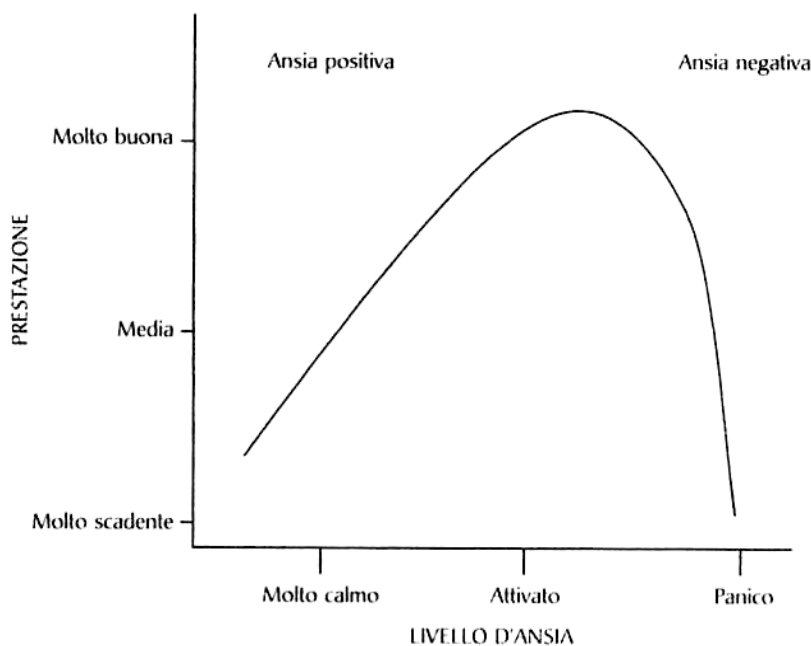


Fig. 2 Rapporto tra livello d'ansia e prestazioni

Ansia dannosa

La risposta di attacco-fuga era di grande utilità nelle condizioni di vita dei nostri antenati, piene di gravi pericoli fisici, quali l'aggressione da parte di un nemico armato o la carica di un animale, e per questo fa ancora parte dei nostri meccanismi di difesa, ma porta a problemi seri quando si attiva o troppo facilmente o nel momento sbagliato, come succede nella maggior parte delle situazioni del mondo di oggi. Non è utile per esempio

scappare correndo quando si è fermati da un vigile o aggredire fisicamente il capo che ci tratta male.

Non c'è però da meravigliarsi se, quando ci sentiamo minacciati, ci manca l'aria, il cuore batte forte, proviamo nausea o i muscoli delle gambe e delle braccia sono tesi e tremano: sono tutte manifestazioni di una risposta che sarebbe utile se dovessimo fuggire o combattere.

La risposta di attacco-fuga può essere istintiva (ad esempio negli esseri umane sono istintive le paure per i serpenti e i luoghi alti), ma gli animali, compreso ovviamente l'uomo, possono anche *imparare* ad avere paura di altre situazioni.

Possiamo sentirci in ansia, inoltre, in situazioni in cui, per quanto rischiose, non corriamo alcun pericolo fisico imminente (per esempio se temiamo di subire una perdita o di essere giudicati in modo negativo, se attendiamo una risposta importante) e il nostro corpo reagisce proprio come se ci trovassimo di fronte a un predatore. Non ha importanza quanto il pericolo sia obiettivamente reale e grave, conta la percezione soggettiva della probabilità dell'evento temuto e della gravità delle sue conseguenze.

Il punto è che il meccanismo attacco-fuga è, come abbiamo detto, primitivo, e non riconosce tipi diversi di pericolo. La sua reazione è identica sia se si corra il rischio di essere uccisi, sia se il

rischio è quello di perdere una partita a carte. Le reazioni fisiche e mentali, in questi casi, diventano solo dei sintomi inutili, disagiati e limitanti. Il meccanismo attacco-fuga è molto più antico della nostra evoluzione intellettuale. Non sa distinguere tra pericolo fisico, il rischio di perdere la vita, e il rischio di perdere il nostro amor proprio, una buona immagine di noi stessi o il nostro oggetto d'amore.

Si parla di *disturbo d'ansia* quando la risposta di attacco-fuga viene scatenata regolarmente da stimoli o situazioni poco pericolose e che non rappresentano una minaccia per la sopravvivenza. Come l'allarme di una macchina troppo sensibile può suonare fuori tempo, così un sistema d'allarme fisiologico troppo sensibile attiva la risposta di attacco-fuga quando non ce n'è bisogno e produce ansia in situazioni nelle quali la maggior parte delle persone rimane per lo più tranquilla.

Tutto ciò che aveva un preciso scopo e significato se riferito al pericolo di sopravvivenza, diventa in alcuni casi eccessivo e ingiustificato. Pur trattandosi di situazioni in un certo senso "pericolose" non lo sono in maniera tale da mettere in pericolo la nostra sopravvivenza, né ci occorre uno stato di impegno e di allerta corporea così intenso per fronteggiare le circostanze.

In sintesi, è sufficiente che interpretiamo una certa situazione come "pericolosa" perché si attivi il meccanismo di attacco-fuga.

Un simile meccanismo è una risposta automatica alla percezione di una grave minaccia e non può essere modificata. **Si può invece modificare il modo di interpretare le situazioni e gli eventi.**

Riassumendo, quando una persona si trova in situazioni stressanti o minacciose, scatta automaticamente una risposta fisiologica che da molte migliaia di anni fa parte del corredo biologico degli esseri umani. E' una risposta primitiva che prepara il corpo a difendersi dalla fonte di paura mediante un intenso sforzo fisico. Questa reazione spiega perché molti riferiscono che in situazioni stressanti da una parte hanno voglia di scappare e dall'altra si sentono più ricchi di energia.

Una volta terminato lo sforzo fisico di fuga o di attacco, le reazioni fisiologiche scompaiono rapidamente. Quando però lo sforzo fisico non ha luogo, i cambiamenti fisiologici possono durare più a lungo, essere molto disturbanti e suscitare molta ansia (la cosiddetta "paura della paura"), che a sua volta porta a una maggiore attivazione della risposta di attacco-fuga. La terapia mira a interrompere questo circolo vizioso.

Comportamenti di “evitamento”

Se avviciniamo la mano al fuoco e sentiamo il bruciore, eviteremo di farlo ancora: abbiamo appreso che avvicinare la mano al fuoco è doloroso.

Questo normalissimo comportamento è purtroppo alla base di uno dei più dannosi circolo viziosi messi in moto da chi soffre di disturbi d'ansia. Dopo aver sperimentato episodi di ansia intensa, la persona tende a evitare i luoghi e le situazioni in cui si trovava in quei momenti.

Questo comportamento si chiama **evitamento** e, sebbene sia dettato da una comune tendenza a non riprodurre esperienze sgradevoli o dolorose, **rappresenta uno degli ostacoli più grandi a liberarsi dal problema dell'ansia.**

L'evitamento, in un primo momento, serve perché l'ansia cala rapidamente, ma diventa controproducente nel lungo periodo, perché ogni volta che ci si allontana da una situazione che ci crea ansia aumenta la paura di affrontarla. L'evitamento produce un immediato sollievo dall'ansia che risulta, tuttavia, breve ed effimero, portando alla riduzione di spazi di libertà e di movimento.

L'evitamento determina inoltre una diminuzione dell'autostima e della fiducia in se stessi e tende ad estendersi anche a situazioni

simili, per un fenomeno chiamato **generalizzazione**. L'evitamento porta, dunque, ad un ritiro progressivo, a una limitazione della vita, con conseguenze anche gravi nei rapporti con gli altri, nel lavoro, negli affetti.

Le persone imparano a riconoscere le situazioni in cui sono assalite dall'ansia e spesso cominciano a provare ansia alla sola idea di doverle affrontare (**ansia anticipatoria**). Ciò comporta la tendenza a evitarle del tutto.

Chi evita di esporsi a una situazione temuta, inoltre, non può sapere cosa sarebbe successo se l'avesse affrontata: ciò impedisce di disconfermare le proprie aspettative catastrofiche, ovvero di rendersi conto che le conseguenze temute spesso non si verificano.

Nel corso della terapia è indispensabile riprendere a poco a poco ad affrontare le attività, le situazioni, i luoghi o i pensieri che si erano evitati o quelli che da sempre si erano sfuggiti. Nei programmi di trattamento, affrontare gli eventi temuti viene chiamato **esposizione** e la sua funzione non è solo di riprendere una vita normale, ma anche di desensibilizzarsi in modo graduale alla reazione ansiosa.

Paura del dolore e paura del movimento

Il dolore e la disabilità che ne deriva sono fenomeni complessi, influenzati non solo dalla patologia organica, ma anche da fattori biologici, psicologici e sociali.

Il modello “Paura-Evitamento” è stato formulato per illustrare i meccanismi di sviluppo e di mantenimento del dolore cronico. Il concetto cardine di tale modello è la **paura del dolore** (fig. 3). L’esperienza dolorifica conduce, infatti, a sviluppare un sentimento di paura a cui il paziente può reagire con due opposte modalità: il confronto o l’evitamento delle situazioni che generano ansia.

La paura del dolore si basa sulla convinzione del paziente che il dolore rappresenti un segnale inviato dal corpo per avvisarlo che è in atto un processo dannoso e che, di conseguenza, devono essere evitate tutte le attività ad esso connesse, pena l’aumento dell’intensità del dolore e della sofferenza (pensiero catastrofico).

Se nella fase acuta i comportamenti di evitamento (riposare, zoppicare o utilizzare ausili) risultano strategie efficaci nella riduzione dell’intensità del dolore, in seguito questi comportamenti protettivi vengono messi in atto prima che il dolore compaia, anziché come risposta ad esso. I comportamenti di evitamento non consentono, inoltre, di mettere alla prova e correggere le aspettative (erronee) circa l’aumento del dolore

conseguente alla pratica di determinate attività, né le credenze (erronee) sul dolore come segnale di minaccia all'integrità fisica. Si instaura così un circolo vizioso, una vera e propria **fobia nei confronti del movimento** (Kinesiofobia), che porta il paziente a mantenere i comportamenti di evitamento.

Come evidenziato nella figura 3, affrontare la situazione ansiogena (cioè praticare determinate attività) porta ad una riduzione della paura nel tempo, alla messa in atto di comportamenti salutaris e al recupero progressivo; l'evitamento, al contrario, comporta il mantenimento o l'aumento della paura.

I comportamenti di evitamento motori che persistono nel tempo possono, inoltre, avere conseguenze dannose, sia dal punto di vista fisico (perdita di mobilità, di forza e massa muscolare, fino alla cosiddetta "sindrome da disuso") sia psicologico (perdita di autostima, depressione, sensi di colpa, preoccupazioni somatiche, isolamento sociale), che aumentano il grado di disabilità, il mancato utilizzo delle parti del corpo dolenti (disuso) e il livello di depressione.

A loro volta, disuso e depressione costituiscono due fattori in grado di abbassare la soglia del dolore, contribuendo alla cronicizzazione dello stesso.

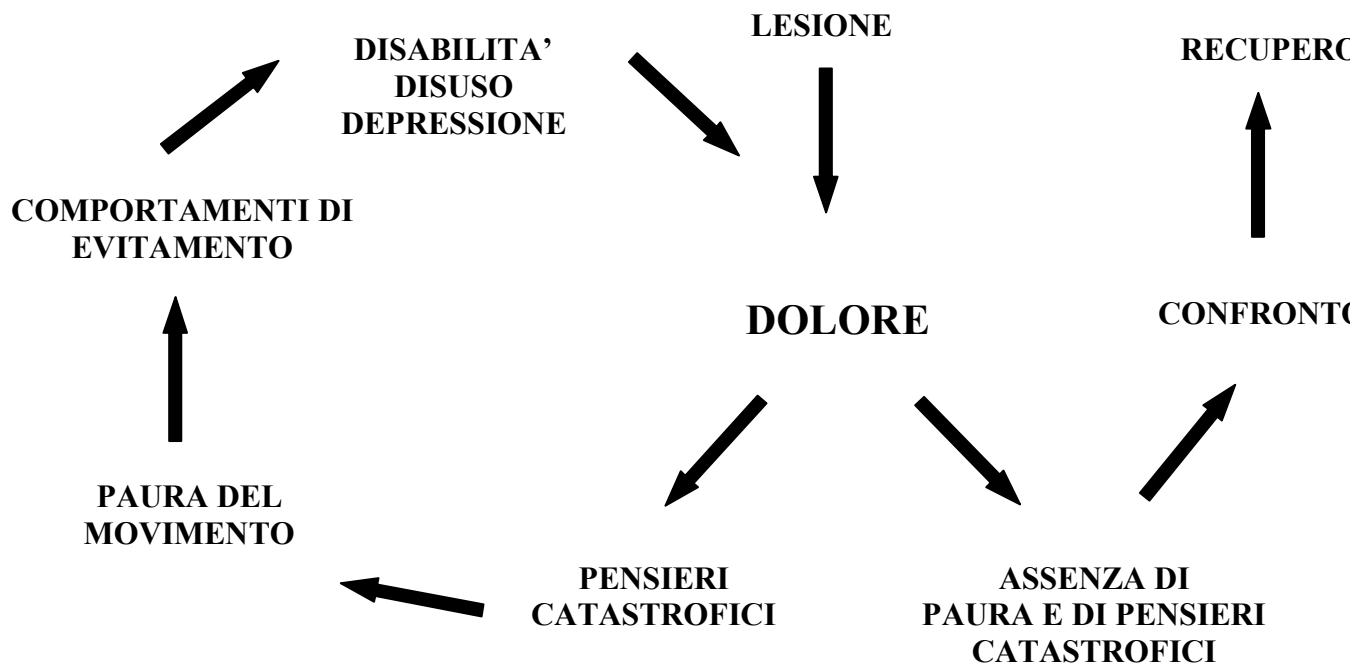


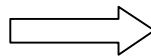
Fig. 3: Modello della paura del dolore

PENSIERI NEGATIVI E DOLORE

Gli esseri umani pensano, provano emozioni, agiscono e questi tre aspetti del loro modo di essere interagiscono tra di loro. Spesso però si sottovaluta il ruolo dei pensieri.

Se pensiamo alle situazioni in cui ci sentiamo a disagio è probabile che ci vengono in mente innanzitutto le emozioni sgradevoli che proviamo: ansia, vergogna, paura... Abbiamo quindi la netta impressione che alcune situazioni generino in noi un certo tipo di emozioni (per esempio, “quando c’è la riunione mi sento intimorito e perso”). Molte persone sono convinte che gli eventi provochino direttamente le emozioni, tracciando un nesso di causa-effetto tra situazioni ed emozioni, come nella figura seguente, in cui si passa direttamente da A a C.

A



C

Situazione Attivante

o Evento Attivante

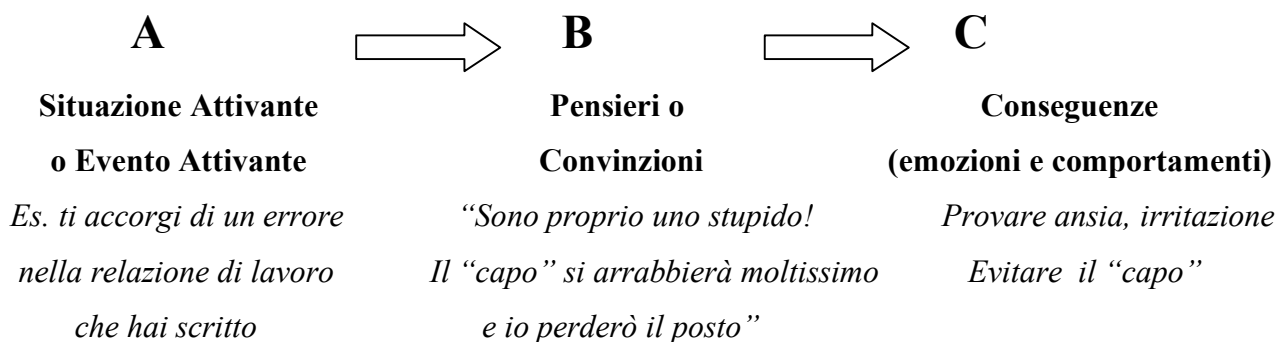
*Es. ti accorgi di un errore nella
relazione di lavoro che hai scritto*

Conseguenze

(emozioni e comportamenti)

*Provare ansia, irritazione
Evitare il “capo”*

Tra A e C intervengono invece i pensieri (quello che ti dici) B. La vera sequenza quindi è:



In altre parole, esiste un anello intermedio tra la situazione attivante e l'emozione che proviamo: un pensiero che viene formulato in modo veloce e automatico. Ed è proprio in questo pensiero che risiede l'origine della colorazione emotiva che sperimentiamo nella situazione: Aaron T. Beck, il fondatore della terapia cognitiva, sostiene il “primato cognitivo delle emozioni”, e afferma che le emozioni dipendono direttamente non tanto dalle esperienze quanto dal modo in cui tali esperienze vengono interpretate da chi le vive.

Persone diverse possono avere pensieri diversi di fronte allo stesso evento e, di conseguenza, diversi modi di reagire. Considera il seguente esempio.

Tre persone stanno aspettando l'autobus alla fermata. Quando lo vedono avvicinarsi gli fanno cenno di fermarsi, ma l'autista non si ferma e continua la sua corsa.

La prima persona si arrabbia e alza i pugni. La seconda diventa ansiosa e il suo cuore comincia a battere più in fretta. La terza alza le spalle e comincia a leggere il giornale.

Lo *stesso* evento ha prodotto tre reazioni *diverse*, perciò non può essere l'evento specifico ad averle prodotte. Le diverse reazioni sono dovute al modo in cui le tre persone lo hanno interpretato.

La prima persona ha probabilmente pensato: “L'autista doveva fermarsi! Adesso per colpa sua arriverò tardi a un appuntamento importante!”.

La seconda persona ha probabilmente pensato: “Arriverò tardi, non riuscirò a finire in tempo tutto quello che devo fare e tutto andrà storto”.

La terza persona ha probabilmente pensato: “Arriverò in ritardo, ma adesso non ci posso fare nulla. Ne approfitterò per leggere un articolo che mi interessa”.

Se sei come la prima o la seconda persona dell'esempio precedente, potresti avere la tendenza a interpretare le cose in modo troppo negativo e a stare quindi peggio del necessario. Tutte le persone che soffrono d'ansia o di depressione tendono a pensare in un modo che definiamo “disfunzionale”. Sono disfunzionali i pensieri che non corrispondono alla realtà e che sono controproducenti, cioè non ci aiutano ad affrontare meglio l'evento o la situazione e che ci fanno stare male inutilmente.

I pensieri funzionali sono di solito realistici, logici, costruttivi, flessibili; quelli disfunzionali sono di solito catastrofici, distruttivi, illogici, rigidi.

I pensieri disfunzionali vengono chiamati **Pensieri Automatici Negativi**, per sottolinearne i due aspetti fondamentali:

- **sono automatici**, cioè non li evochiamo in modo volontario, ma ci attraversano la mente spontaneamente e rapidamente, tanto che spesso non ce ne rendiamo nemmeno conto;
- **sono negativi**, ossia contengono interpretazioni o previsioni disfattistiche o catastrofiche.

La psicologia cognitiva moderna ritiene che nessun evento o circostanza esterna può di per sé farci stare molto male. Ciò che ci fa star male sono i nostri pensieri.

Le nostre interpretazioni della realtà, quello che diciamo mentalmente a noi stessi, insomma i nostri pensieri sono influenzati dalle nostre esperienze precedenti, dalla nostra personalità, dall'opinione che abbiamo di noi stessi e dalle nostre aspettative.

Uno degli scopi della psicoterapia cognitiva è quello di renderci consapevoli dei nostri pensieri automatici. La consapevolezza è il primo passo verso il cambiamento e verso una risoluzione dei problemi.

Il nostro modo di pensare può essere cambiato con l'impegno e la pratica se si applicano i seguenti passi:

- 1) **Identificare** i pensieri disfunzionali (o pensieri automatici negativi)
- 2) **Confutare** i pensieri disfunzionali
- 3) **Sostituirli** con pensieri diversi, alternativi, più funzionali.

Identificare i Pensieri Automatici Negativi

Ripetiamo che sono disfunzionali i pensieri che:

- a) non corrispondono alla realtà;
- b) anche se in parte corrispondono alla realtà, sono amplificati, non ti aiutano ad affrontarla, non ti aiutano a ottenere ciò che vuoi e a farti sentire come vorresti, sono insomma controproducenti.

Il primo passo è identificarli. Non è sempre facile, perché con il tempo questi pensieri diventano automatici, nel senso che non ci si rende del tutto conto di averli. Sono automatici come i pensieri relativi alla guida di un guidatore esperto, che, se distratto, non è consapevole di fermarsi ai semafori, di cambiare marcia, ecc., e, quando arriva a destinazione, non si ricorda come ha guidato fin lì. Basta, però, che durante la guida faccia attenzione, che faccia, come si dice, mente locale, per accorgersi delle decisioni che prende e del perché le prende.

Un buon metodo per identificare i Pensieri Automatici Negativi è di partire da emozioni di ansia, tristezza, malessere, paura, e di procedere a ritroso tramite una semplice procedura:

1) cogliere l'emozione e definirla: "Mi sento ansioso"

2) fermarsi e chiedersi: "Cosa mi stava passando per la mente in quel momento?"

Non scoraggiatevi se all'inizio vi sembrerà difficile diventare consapevoli di questi pensieri. Nella maggior parte dei casi, tutti possiamo imparare, con qualche esercizio, a identificare i propri Pensieri Automatici Negativi. Probabilmente ci si accorgerà che, spesso, questi pensieri tendono a ripetersi e a riguardare situazioni simili.

E' necessario tenere presente che tutti producono pensieri automatici, che si tratta cioè di una normale attività della mente. Il problema può presentarsi quando tali pensieri non sono interpretazioni realistiche della situazione, ma visioni eccessivamente negative e limitanti, che minano le capacità della persona di fronteggiare la situazione e producono emozioni sgradevoli.

Le distorsioni cognitive

Le distorsioni cognitive sono *errori di ragionamento*, ragionamenti basati su assunzioni o conclusioni erranee. In altre

parole, chi formula il pensiero crede di seguire un filo logico, ma in realtà non fa altro che portare avanti un errore, o una serie di errori, che contribuiscono a confermare le interpretazioni negative e di conseguenza le emozioni spiacevoli.

E' importante sottolineare che tutti, una volta o l'altra, commettiamo questo genere di errori. Ognuno ha le sue situazioni preferite, nelle quali ha sviluppato l'abitudine a distorcere la realtà fino a diventare del tutto inconsapevole di averne solo una visione parziale e deformata.

Di seguito sono elencate le più comuni distorsioni cognitive. Leggendole cerca di identificare quali utilizzi più di frequente.

Pensiero dicotomico (altrimenti detto **pensiero tutto-o-nulla**, bianco-o-nero o pensiero polarizzato): consiste nel ragionare per estremi, collocando le esperienze in categorie opposte; le cose sono tutte buone o cattive, sicure o pericolose, senza vie di mezzo (*“Se fallisco in qualche compito importante, sarà un fallimento totale”*).

Catastrofizzazione (predizione del futuro): si tratta di una previsione negativa sul futuro, di cui si considera certa la realizzazione (*“Sarò così angosciato che non riuscirò a fare nulla”*). E' necessario chiedersi: *“Che valide ragioni ho per ritenere che le cose dovrebbero andare necessariamente così?”* e ricordare la citazione *“Ho sofferto molte disgrazie che non sono*

mai accadute” (M. Twain). Si catastrofizza anche quando ci si dice che le cose non potrebbero essere peggio di come sono, che è terribile, insopportabile, irrimediabile.

Squalificare il positivo (Sì, ma...): le esperienze e gli aspetti positivi non vengono presi in considerazione o se ne sminuisce il valore (“*Ho fatto bene quella prova, ma è stata solo fortuna*”)

Astrazione selettiva (filtraggio o “bicchiere mezzo vuoto”): consiste nel prestare attenzione solo ai dettagli negativi di una situazione, senza tener conto di quelli positivi, nel pensare solo ai propri punti deboli dimenticando i punti di forza (*il capo oggi mi ha detto che ho fatto un buon lavoro e mi ha fatto notare alcuni errori - mi ricordo solo della critica*). Si filtra la realtà anche quando ci si concentra solo su un dettaglio e su quella base si arriva a conclusioni eccessive (*Non ricevo da un amico la telefonata promessa e si pensa “Non gli importa niente di me”*).

Ragionamento emotivo: considerare vero qualcosa solo perché lo si “sente” emotivamente, ignorando l’evidenza del contrario (“*Mi sento insoddisfatto quindi vuol dire che ho lavorato male*”). Spesso si concretizza con la frase “me la sentivo che sarebbe andata male”. Il fatto che noi “sentiamo” non significa che dovrà verificarsi ciò che abbiamo pensato o che le emozioni provate riflettano esattamente i fatti.

Etichettamento (giudizio): applicare un'etichetta rigida, pervasiva e globale su se stessi o sugli altri (“*sono un perdente*”, “*quella persona è cattiva*”).

Lettura del pensiero (palla di vetro): essere sicuri di sapere che cosa sta pensando un'altra persona, escludendo altre possibilità (“*tutti mi guardano... stanno pensando che sono un idiota*”). E' sempre meglio verificare chiedendo spiegazioni.

Ipergeneralizzazione: trarre conclusioni generali negative partendo da una singola situazione (“*non mi sono sentito a mio agio alla festa, quindi non sono capace di farmi degli amici*”). Bisogna guardarsi da parole come *sempre, mai, tutto, nessuno, niente*. E' utile chiedersi se la situazione è davvero così estrema (se è vero per esempio che “*Nessuno ha problemi come i miei*”, “*Tutti mi considerano un fallito*”, ecc.).

Personalizzazione: si mettono sempre in relazione a se stessi gli avvenimenti dell'ambiente circostante senza il sostegno di evidenze o prove che lo dimostrano (“*poiché mi sto comportando assai peggio di come dovrei e loro stanno ridendo, sono sicuro che ridono di me!*”) o ci si attribuisce senza ragione tutta la colpa di qualcosa che è andato male.

Doverizzazione (imperativo): avere un'idea fissa riguardo a come ci si dovrebbe comportare o a come si dovrebbe essere, e sovrastimare le terribili conseguenze che potrebbero verificarsi se

tali aspettative non venissero soddisfatte (*“non è ammissibile fare errori; bisogna sempre essere all’altezza della situazione”*). E’ importante imparare a sostituire la parola “devo” con “preferisco”.

Ingigantire/minimizzare: sopravvalutare l’importanza di un evento negativo o attribuire scarsa importanza a un evento positivo in modo distorto (*Non ho passato l’esame di matematica, quindi non mi laureerò mai - ma non mi ricordo del bel voto in economia*).

Per familiarizzare e ricordare come funzionano le distorsioni cognitive è molto utile rileggere questo elenco di tanto in tanto.

Come vincere i pensieri negativi

Se riuscite ad identificare i Pensieri Automatici Negativi e le distorsioni cognitive, state già riflettendo sul fatto che le vostre abitudini di pensiero vi giocano scherzi nocivi; generano, infatti, emozioni sgradevoli e comportamenti limitati rispetto alle vostre possibilità. In che cosa consiste il passo successivo? Si tratta di un’operazione semplice e complicata nello stesso tempo: bisogna cioè comportarsi come un detective che non si ferma alla prima ipotesi, ma ne formula diverse fino a identificare quella che con più probabilità corrisponde al vero. E’ necessario, infatti, considerare i propri pensieri automatici come ipotesi o congetture. Se si lascia per un momento da parte la convinzione che i propri

pensieri siano veri, riuscirà più facile trovare elementi che confermino e che smentiscano le conclusioni a cui si è giunti.

In altre parole, i vostri Pensieri Automatici Negativi sono l'ipotesi più immediata, più abituale, più spontanea che viene generata in determinate situazioni, ma non l'unica, né la più realistica, né la più utile per il vostro benessere. Si tratta di guardare una situazione da prospettive diverse, alla ricerca di prove che confermano e che contraddicono il Pensiero Automatico Negativo.

Quando abbiamo Pensieri Automatici Negativi tendiamo a basarci su dati che confermino le nostre conclusioni. Diventa quindi necessario richiamare alla mente e analizzare le informazioni disponibili in contrasto con tali pensieri. Talvolta gli elementi raccolti dimostrano che i propri pensieri automatici non corrispondono del tutto alla verità.

Bisogna, quindi, identificare dei Pensieri Alternativi Funzionali, ovvero più corrispondenti alla realtà e più utili.

La domanda da porsi è la seguente: *“Esiste un altro modo di considerare la situazione?”*

Ulteriori suggerimenti per trovare pensieri alternativi sono:

- *E' proprio vero quello che penso? Quali sono le prove che le cose stanno proprio così? Ci sono delle prove del contrario?*

- *Cosa direi a un amico che si trovasse nei miei panni e formulasse questo pensiero?*
- *Se un amico sapesse che penso una cosa simile, che cosa mi direbbe? Quali elementi mi farebbe notare, per dimostrarmi che i miei pensieri non sono veri al 100%?*
- *Quando in passato mi sono sentito allo stesso modo, qual è la cosa a cui ho pensato che mi ha fatto sentire meglio?*
- *Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadermi? Quella migliore? Quella più realistica?*
- *Quanto è utile il mio modo attuale di pensare? Mi aiuta a raggiungere i miei obiettivi?*

Si tratta quindi di ingaggiare una lotta con i propri Pensieri Automatici Negativi.

Immaginate di dover assumere il ruolo di avvocato accusatore dei Pensieri Automatici Negativi, con il compito di “smontarli” uno per uno dimostrando che non ci sono prove in loro favore.

Il Pensiero Alternativo Funzionale emerge spesso da una visione più ampia di se stessi o della situazione in cui ci si trova; rispetto al pensiero automatico iniziale è spesso più positivo, ma non rappresenta un semplice sostituto positivo di un pensiero negativo. E' importante differenziare e mettere in contrasto il Pensiero Alternativo Funzionale con il semplice “pensare positivo”. Il pensiero positivo “a tutti i costi” tende a ignorare le informazioni

negative e può essere tanto dannoso quanto il pensiero negativo. Il Pensiero Alternativo Funzionale prende in considerazione sia le informazioni positive che quelle negative. Esso costituisce un tentativo di comprendere il significato di tutte le informazioni disponibili. Ulteriori informazioni o un punto di vista più ampio ci danno la possibilità di cambiare la nostra interpretazione di un evento. Se il Pensiero Alternativo Funzionale a cui si giunge è credibile, è probabile che diminuisca l'intensità degli stati d'animo spiacevoli.

Uno strumento utile per l'identificazione e la riformulazione dei propri Pensieri Automatici Negativi è il Diario dei Pensieri. Lo scopo di questo strumento non è quello di eliminare le emozioni negative. Esso, al contrario, intende fornire un aiuto per acquisire una visione più ampia di una determinata situazione, così che le proprie reazioni emotive risultino essere risposte equilibrate alle circostanze globali della propria vita.

Attraverso la compilazione del Diario si identificano e si modificano quei pensieri e quelle convinzioni che sono all'origine dei problemi emotivi. Formulare Pensieri Alternativi Funzionali aiuta a liberarsi dagli schemi del pensiero automatico, che contribuiscono alle difficoltà in cui vi trovate. Se sarete capaci di vedere voi stessi e la vostra situazione da un punto di vista

diverso, è possibile che inizierete a sentirvi più in armonia con voi stessi e con la vostra vita.

Anche se i pensieri negativi in generale sono correlati a un incremento dell'intensità del dolore, pensieri specifici relativi al dolore possono contribuire ancora di più all'esperienza del dolore influenzando le credenze relative alla propria autoefficacia e le aspettative circa la capacità di affrontare e gestire il dolore. Di seguito sono elencati alcuni esempi di pensieri automatici negativi e dei loro possibili pensieri alternativi funzionali:

- *“Il mio dolore mi ucciderà!” “Il mio dolore sembra essere insopportabile, ma se lo accetto posso sopravvivere!”*
- *“Questo dolore è troppo per me!” “Questo dolore è pesante da sopportare, ma posso provare ad affrontarlo, come ho già fatto in passato, se penso alla mia condizione mi rendo conto che ci sono anche momenti in cui il dolore diminuisce”*
- *“Non posso far niente per colpa del dolore!” “Devo imparare a gestire al meglio le mie sensazioni dolorifiche in modo da poter continuare a fare le cose che sono solito fare quotidianamente, con o senza l'aiuto di qualcuno!”*
- *“Il mio dolore si sta portando via il meglio di me!” “A volte penso che il mio dolore mi abbia cambiato in*

peggio, ma se ci rifletto bene mi rendo conto che non sono io ad essere cambiato, ma è il dolore che prende il sopravvento. Devo imparare a dominare il mio dolore e a non farmi dominare da lui!”

- *“Sono solo un peso per gli altri! (A causa del dolore)” “A volte penso di essere diventato un peso per gli altri perché a causa del mio dolore ho sempre bisogno di aiuto, ma se ci rifletto bene mi rendo conto che posso riprendermi una parte di autonomia!”*
- *“Se questo dolore continua, gli altri non mi sopporteranno più e rimarrò solo!” “Questo dolore mi rende insopportabile, ma devo imparare a non scaricare sugli altri la mia rabbia, altrimenti rischio di rimanere solo!”*

Ricorda che è ciò che uno pensa di un evento a determinare l'emozione che prova. Al fine di evitare inutile disagio che si ripercuote sulla salute e sul dolore si può imparare a identificare e modificare i pensieri negativi sostituendoli con pensieri più funzionali, come mostrato negli esempi precedenti. La terapia cognitivo-comportamentale si propone di spezzare tutti questi circoli viziosi che si instaurano nel paziente con dolore cronico e di insegnare delle strategie utili nella fase di accettazione e adattamento a una vita accompagnata da dolore.

Per finire...

L'esperienza del dolore cronico, sia che esso sia di natura neuropatica o nocicettiva, ha un importante impatto sulla vita della persona: la perdita di funzionalità e le conseguenze a livello psicologico possono modificare il modo di vivere, di sentire e di relazionarsi con gli altri.

Innanzitutto si può assistere alla comparsa di un disturbo d'ansia, tale per cui la risposta di attacco-fuga (con tutte le sue conseguenze) viene scatenata regolarmente in risposta a stimoli non pericolosi. A lungo andare questo atteggiamento porta l'individuo ad assumere comportamenti di evitamento nei confronti di tutte quelle situazioni che possono peggiorare la sua condizione. Si assiste così a comportamenti di ritiro sociale, abbandono del lavoro, le relazioni personali diventano difficili da gestire, la vita sessuale si annulla...si instaura la *paura della paura*, la paura di avere dolore, che porta inevitabilmente legata a sé la paura del movimento.

Un altro fattore che va a consolidare questo circolo vizioso sono i Pensieri Automatici Negativi, ovvero i pensieri che non corrispondono alla realtà e risultano essere controproducenti perchè non ci aiutano ad affrontare meglio l'evento o la situazione e quindi ci fanno stare male inutilmente. Tutti produciamo pensieri automatici, si tratta dunque di una normale attività della

mente. Nel caso di dolore cronico vi è la tendenza a trasformare tali pensieri in visioni eccessivamente negative e limitanti della realtà, al punto da condurre l'individuo ad esaurire le risorse necessarie ad affrontarla.

Non bisogna però pensare che chi soffre di dolore cronico sia “destinato” a farsi dominare da questo circolo vizioso. Si può infatti imparare, da un lato a cambiare il proprio modo di analizzare la realtà, producendo pensieri più funzionali, e dall'altro a condurre una vita più attiva, evitando solo quei movimenti che realmente possono peggiorare la propria condizione fisica.

Una vita “in movimento” anche con il dolore, o almeno con una quota di dolore sopportabile, è dunque possibile, una vita bloccata dal dolore è più difficile e sicuramente meno ricca.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Mark F. Bear, Barry W. Connors, Micheal A. Paradiso: *Neuroscienze. Esplorando il cervello*, Seconda edizione italiana a cura di Clara Casco, Laura Petrosini, Masson, 2003;
2. D. Purves, G. J. Augustine, D. Fitzpatrick, L.C. Katz, A. S. LaMantia, J.O. McNamara: *Neuroscienze*, Zanichelli Editore, 2001;
3. John D. Ortis: *Managing Chronic Pain. A Cognitive-Behaviour Therapy Approach*, Oxford University Press, 2007;
4. G. Andrews, M. Creamer, R. Crino, C. Hunt, L. Lante, A. Page: *Trattamento dei disturbi d'ansia*, Centro Scientifico Editore, 2003;
5. J.S. Thomas, C.R. France, S.A. Lavender, M. R. Johnson: *Effects of Fear of Movement on Spine Velocity and Acceleration After Recovery From Low Back Pain*, "SPINE" (2008), vol. 33, No 5, pp 564-570;
6. M.T. Munoz Sastre, M.C. Albaret, R.M. Raich Escursell, E. Mullet: *Fear of pain associated with medical procedures and illnesses*, "European journal of pain" (2005);

7. M. Leeuw, R.M.A. Houben, R. Severeijns, H.S.J. Picavet, E.G.W. Schouten, J.W.S. Vlaeyen: *Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population*, "European journal of pain" (2006);
8. J.W.S. Vlaeyen, G. Crombez: *Fear of movement/(re)injury, evidence and pain disability in chronic low back pain patients*, *Manual Therapy* (1999) 4(4), 187-195;
9. J.W.S. Vlaeyen, A.M.J. Kole-Snijders, R.G.B. Boeren, H. van Eek: *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance*, "Pain", 62 (1995) 363-372;
10. E. Dalla Toffola, D. Bossi, C. Chessa: *Movimento come terapia antalgica*, "Il fisioterapista" (Marzo-Aprile 2003).

Dr. Cesare Bonezzi – Responsabile U.O. Medicina del dolore –
Fondazione Salvatore Maugeri Pavia – Vicepresidente
Associazione Liberi dal Dolore-ONLUS

Dr. Michelangelo Buonocore – Responsabile U.O.
Neurofisiopatologia – Fondazione Salvatore Maugeri Pavia

Dott.ssa Ines Giorgi – Responsabile Servizio di Psicologia –
Fondazione Salvatore Maugeri Pavia

Dott.ssa Caterina Calandra – borsista Laboratorio Cardiologia
Molecolare – Fondazione Salvatore Maugeri Pavia

Dott.ssa Marta Antonioli – Servizio Psicologia – Fondazione
Salvatore Maugeri Pavia

