

Psiche e dolore

Giuseppe Serafini- Antonella Baccharini*

Istituto di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**Dirigente medico DSM ASL RM/G*

La storia dell'uomo si confonde con quella del dolore. In ogni tempo ricercatori di ogni genere: filosofi, medici, biologi, religiosi, sociologi si chinano su questo "enigma" che appartiene all'uomo come realtà intrinseca alla sua stessa natura.

L'uomo soffre dalla sua origine ed il sintomo dolore è e sarà uno dei motivi, se non il principale, che porta il paziente a chiedere aiuto al medico.

La presenza del dolore, tuttavia, appare all'uomo altrettanto certa quanto l'impossibilità di potergli, a volte, fornire una corretta e precisa spiegazione del perché e del come soffre. È per questo motivo che gli studiosi di ogni tempo, e più che mai di questi ultimi anni, hanno rivolto il loro interesse all'interpretazione della natura e del significato del dolore fisico, problema legato, in ogni caso, all'esperienza quotidiana di ogni età.

Si può affermare che l'approccio allo studio del dolore è stato ed è condotto in modo convergente. Di questo sintomo, presente nelle più diverse forme patologiche, ma che si esprime sempre con un linguaggio di base comune, sono stati sondati gli aspetti biologici, anatomico-funzionali, neurofisiologici, biochimici e psicologici. Se oggi dovessimo fare un bilancio di questo enorme lavoro svolto, senza ombra di dubbio, potremmo affermare che molto è stato impostato, supposto ed anche spiegato da un punto di vista funzionale, ma alla fine c'è sempre qualcosa che sfugge.

“Il DOLORE è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tessutale attuale o potenziale, o riferita in termini di tale danno” recita la definizione IASP. Il dolore, cioè, diventa tale nel momento in cui la nocicezione "cade" nella psicodinamica del soggetto. Il dolore, in effetti, si presenta, in ogni individuo, come un fenomeno psichico, oltreché fisico, fondamentale. Secondo Wall l'esperienza dolorosa, diversamente da altre esperienze sensoriali come la visione o il tatto, ha una debole relazione con la natura, la localizzazione e l'intensità dello stimolo che la evoca, ed è, invece, fortemente influenzata da fattori come l'attenzione, la suggestione, la cultura e la struttura caratteriale del soggetto. Come sensazione, poi, non è mai neutrale ma è sempre accompagnata da una risposta emotiva che non può essere considerata come un processo secondario, che può o può non esserci, ma piuttosto come un'altra faccia dello stesso fenomeno. In linee generali, nel dolore, accanto all'aspetto percettivo della nocicezione, si inserisce l'aspetto "cognitivo" dell'interpretazione e del significato: il dolore esprime una valenza di significante/significato, si articola, cioè, come un linguaggio, diviene un linguaggio.

È il linguaggio del dolore che, pur esprimendosi nello stesso sintomo, è difficilmente imbrigliabile in rigide e precise formulazioni o regole, tali da fornirci, di volta in volta e caso per caso, un parametro generalmente obiettivo. Infatti, come ogni linguaggio, è ricco di sfumature. Anche se legato a canoni ben precisi, esso è del tutto personale e, come tale, varia da individuo ad individuo. Così il dolore comunica in modi diversi, avendo, tuttavia, come fattore comune la sofferenza dell'uomo.

In questa situazione è veramente difficile per il medico obiettivare un sintomo che gli viene proposto come fisico, pur non avendo spesso il suo riscontro in una ben precisa causa organica. Per di più, la descrizione del dolore, a volte difficoltosa ed a volte troppo colorita, da parte del paziente è del tutto lontana da quella con cui realmente “parla” il suo dolore.

Szasz ha messo in evidenza che il dolore, qualunque esso sia, è una forma di comunicazione tra paziente e medico. Il dolore può stabilirsi come fondamentale metodo per chiedere aiuto.

In tale contesto è basilare la nozione di “setting”. Siamo consueti all'applicazione di questa parola al contesto psicanalitico o psicoterapeutico, tuttavia, mutatis mutandis, non può esserne esente la terapia del dolore, dopo aver considerato sia le implicazioni psichiche del dolore fisico, sia il dolore psicogeno.

La parola “setting” corrisponde alla traduzione italiana “assetto”. Nel vocabolario della lingua inglese Webster's International Dictionary viene ulteriormente specificato con tre possibili significati pertinenti:

1. la posizione o direzione principale in cui qualcosa è mossa, ovvero è posizionata;
2. il luogo: lo sviluppo spaziale e temporale dell'azione di una narrazione;
3. l'ambiente: lo scenario, ovvero il contesto scenico esterno o interno che include tutti gli elementi fisici (suppellettili, edifici, ecc.) senza di cui la scena di una rappresentazione è inattuabile.

Quindi fanno parte del setting: 1) il luogo (spazio-tempo) 2) la posizione del terapeuta rispetto al paziente ed alla terapia 3) lo scenario personale del paziente.

Nello specifico possiamo considerare con rispettosa differenziazione e, tuttavia, rilevando le analogie tra:

- setting medico, composto dal

- a) medico
- b) paziente
- c) protocollo [anamnesi (ascolto), diagnosi, terapia]

ed il diverso

- setting psicanalitico, composto da

- a) analista

- b) analizzante
- c) protocollo (discorso del paziente, ascolto dello psicanalista)

Va tenuto in considerazione debita che il paziente suppone che il medico abbia la conoscenza, ovvero il sapere sulla sua condizione dolorosa e che possa prendersene cura quale persona alla quale egli la rivolge, la indirizza, la consegna. Conseguentemente s'instaura un "transfert" ("porto a te, mi rivolgo a te").

Il setting medico può avere due modalità:

- I. setting aseptico (chirurgico), che consiste nell'applicazione esclusivamente del protocollo;
- II. con *ascolto* del discorso del paziente. Il che significa dare contemporaneamente ascolto alla sofferenza con l'utilizzo dell'accoglienza, dell'emozione che suscita inevitabilmente il discorso del paziente ("controtransfert"), quindi senza censura del transfert.

Quest'ultima modalità ha almeno due possibili implicazioni:

- A. una preparazione personale, non solo teorica, per quanto sopra
- B. l'oggettivazione sintomo → diagnosi → terapia in questo caso non è univoca.

Bibliografia essenziale

1. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971, 1(34): 50-60.
2. Melzack R. L'enigma del dolore. Aspetti psicologici, clinici e fisiologici. Bologna, Zanichelli, 1976.
3. Szasz TS. The psychology of persistent pain: a portrait of l'Homme douloureux. *In* Soulaire A, Cahn J, Charpentier J (eds), *Pain*. London, Academic Press, 1968.
4. Szasz TS, Hollender Mh. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. Arch Int Med*, 1956, 97:585.
5. Szasz TS. *Douleur et plaisir. Étude des sensations corporelles*. Paris, Payot, 1986.
6. Wall PD. On the relation of injury to pain. *Pain*, 1979, 6: 253-264.
7. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain: a half century of study. *Pain*, 1994, 57: 1.
8. Morris D. B. How to Read: The Body in Pain. *Literature and Medicine*, 1987, 6: 139-40.
9. Merskey H., Spear F.G. *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects*. London, Bailliere, Tindall & Cassell, 1967.