



Blake H. Tearnan

DOLORE CRONICO

Come impedire
che controlli la tua vita

10 SEMPLICI SOLUZIONI

EDIZIONI IL PUNTO D'INCONTRO

Blake H. Tearnan

DOLORE CRONICO

Come impedire che controlli la tua vita

10 SEMPLICI SOLUZIONI

Indice

Prefazione	7	3. Svelare il mistero del dolore	38
Ringraziamenti	9	La storia di Jeff	38
Introduzione	10	Risolvere i punti oscuri	40
1. Comprendere il dolore		Assumere il controllo della situazione	40
e la sofferenza	16	Il giusto tipo di informazioni	41
Definizione di dolore	16	4. Seguire l'andamento dei progressi .	45
Dolore acuto e dolore cronico	18	Analisi funzionale	45
Modelli di dolore	19	Seguire l'andamento della disabilità	50
<i>Modello malattia</i>	19	5. Modificare le convinzioni	
<i>Gate Control Theory</i>	19	non produttive	54
<i>Modello biopsicosociale del dolore</i>	20	La storia di Bob	55
Fattori fisici e non fisici nel dolore cronico ..	21	Influenza di pensieri e convinzioni	56
Dolore, sofferenza e disabilità	23	su dolore, disabilità e sofferenza	56
La storia di Andy	25	L'origine delle convinzioni non produttive .	56
Il rapporto tra dolore,		L'importanza del feedback correttivo	58
senso di minaccia e ansia	26	Tipi di convinzioni non produttive	59
<i>Ansia ed evitamento</i>	27	<i>Future minacce</i>	59
<i>L'evitamento acuisce il dolore</i>	27	<i>Impotenza</i>	62
<i>Comportamenti di controllo</i>	28	<i>Disperazione per il futuro</i>	64
<i>Affrontare il dolore</i>	29	Individuare i pensieri automatici	65
Il senso di controllo	30	Modificare le convinzioni non produttive ..	67
2. Apportare duraturi cambiamenti		Processo in due fasi per modificare	
comportamentali	31	le convinzioni non produttive	67
È solo questione di volontà?	31	Il ruolo dell'accettazione	71
Massimizzare i guadagni,			
minimizzare i costi	32		

6. Essere attivi, non passivi	73
Altaletanti dinamiche	73
La storia di Peggy	74
Il giusto equilibrio	75
<i>Apprendimento senza errori</i>	75
<i>Esposizione per gradi</i>	77
<i>Passi per sviluppare un programma di attività calibrate</i>	77
La storia di Marla	85
7. Accrescere il benessere emotivo	87
La storia di Johnny	88
L'influenza dello stato d'animo	
negativo sul dolore cronico	90
<i>Riconoscere la depressione</i>	91
<i>Riconoscere l'ansia</i>	94
<i>Riconoscere la rabbia</i>	95
Strumenti per migliorare	
il benessere emotivo	96
<i>Esaminare il proprio umore negativo</i>	97
<i>Attività fisica</i>	99
<i>Aumentare le attività piacevoli</i>	99
<i>Tempo per il relax</i>	101
<i>Il senso di padronanza</i>	105
<i>Gestire la stanchezza</i>	107
<i>Farmaci sì, farmaci no</i>	108
<i>L'aiuto di un professionista</i>	108
8. Migliorare la qualità del sonno	110
La storia di Karl	110
Sonniferi	111
Tecniche per migliorare il sonno	113
9. Panoramica sui trattamenti	
biomedici	122
Terapie fisiche	123
<i>Stretching</i>	123
<i>Iniezioni nei trigger point</i>	124
<i>Agopuntura</i>	124
<i>Digitopressione</i>	125
<i>Massaggio</i>	125

<i>Manipolazioni chiropratiche</i>	126
<i>Decontrazione miofasciale</i>	126
<i>Terapie del caldo e del freddo</i>	126
Farmacoterapie	127
<i>Farmaci per il dolore cronico</i>	127
<i>Narcotici</i>	128
<i>Analgesici non narcotici</i>	130
<i>Antidepressivi</i>	131
<i>Anticonvulsivi</i>	132
<i>Tranquillanti</i>	132
<i>Miorilassanti</i>	133
Terapie iniettive	133
<i>Pompe di morfina</i>	133
Elettroterapie	134
<i>Elettrostimolazione nervosa transcutanea</i>	134
<i>Elettrostimolazione nervosa impiantabile</i>	134
Trattamenti chirurgici	135
10. Prendere consapevolezza	
dell'influenza altrui	136
La storia di Glen	136
Il nostro partner e il dolore	137
<i>Risposta positiva a un comportamento di reazione al dolore</i>	138
<i>Risposta negativa a un comportamento di reazione al benessere</i>	138
<i>Risposta negativa a un comportamento di reazione al dolore</i>	139
<i>Risposta positiva a un comportamento di reazione al benessere</i>	139
<i>Tecniche per migliorare l'interazione con gli altri</i>	140
Migliorare il rapporto con i medici	148
<i>Consigli per migliorare il rapporto con i medici</i>	149
Postfazione	152
Lecture consigliate	154
Riferimenti bibliografici	155
Nota sull'autore	159

Capitolo primo

Comprendere il dolore e la sofferenza

Saperne di più sul dolore e in particolare sulla relazione tra dolore, sofferenza e disabilità vi aiuterà a comprendere meglio la vostra situazione. Si tratta di un importante primo passo nell'apprendimento del modo di gestire il dolore e di migliorare la qualità di vita. Costituisce inoltre la base per capire e attuare tutte le soluzioni dei capitoli che seguono.

Il dolore deriva da un effettivo o

potenziale danno al corpo, cosa che ci spinge ad agire per evitare di farci male o a cercare di ristabilirci (Asmundson 1999). Allorché l'informazione del dolore si fa strada nel sistema nervoso centrale, entrano in gioco fattori cognitivi ed emotivi. Il modo in cui interpretiamo e rispondiamo al dolore viene influenzato dal presunto pericolo che vi associamo.

Definizione di dolore

Non è semplice definire il dolore, perché si tratta di qualcosa che non possiamo né toccare né vedere. È un'esperienza soggettiva e costituisce inoltre la base della nostra sopravvivenza. Come vedremo, il dolore è molto più della sensazione

che proviamo quando sbattiamo il piede contro qualcosa o ci scottiamo sul fornello.

Il modo in cui definiamo il dolore è importante, perché ci permette di rendere questa complessa esperienza più comprensibile, favorendo

modi migliori di elaborare soluzioni al suo problema. Nel 1982 John Loeser, esperto in materia, ha suggerito quattro dimensioni del dolore: nocicezione, dolore, sofferenza e comportamento di reazione al dolore. *Nocicezione* è un termine che sembra complicato, tuttavia si riferisce semplicemente al potenziale danno e alla potenziale lesione dei tessuti che stimolano le terminazioni nervose. In pratica, la nocicezione è il meccanismo fisico che dà avvio al segnale di dolore. La seconda dimensione, il *dolore*, è la sensazione provata in seguito alla nocicezione. Soggettivamente è possibile descrivere il dolore come sordo e continuo, sensibile alla palpazione, infiammato, penetrante, lancinante o urente. La *sofferenza* è l'emozione negativa generata dal dolore e i problemi a esso associati, quali stress e perdite varie. Infine, il comportamento di *reazione al dolore* fa riferimento a qualunque comportamento adottato in presenza di dolore, per esempio espressioni del viso, modulazione della voce, assunzione di farmaci, richieste di aiuto e riduzione delle attività.

Il concetto di dolore elaborato da Loeser rappresenta senz'altro un utile punto di partenza. Cionondimeno, le componenti vanno inquadrare in un contesto più ampio, soprattutto in riferimento al modo in

cui interpretiamo e reagiamo al dolore, nonché a come il dolore viene influenzato da vari fattori sociali e ambientali. In altri termini, il dolore non è semplicemente una risposta ben definita a uno stimolo fisico registrato dal sistema nervoso centrale che ha come conseguenza una sensazione spiacevole. Lo stimolo nocicettivo si trasmette nel midollo spinale e nel cervello, ma il segnale non arriva a un centro del dolore specifico. Le informazioni si diramano infatti a varie aree del cervello preposte a interpretazione, valutazione ed emozioni. A questo punto le cose si complicano, perché distrazione, passate esperienze di dolore, paure a esso attribuite, percezione di riuscire a farvi fronte, sostegno sociale e una moltitudine di altri fattori determinano in maniera sconcertante il modo in cui il dolore viene vissuto e la nostra reazione.

In passato il dolore è stato considerato in termini puramente meccanicistici. L'analogia spesso usata è quella della fune e del campanello: uno strattone alla fune fa suonare il campanello del dolore. Tuttavia, questa concezione è troppo semplicistica. Per esempio, non prende in considerazione il motivo per cui chi è ansioso prova un dolore più intenso. L'esperienza del

dolore è influenzata da vari fattori psicologici, sociali e culturali, fatto che mette in discussione l'idea che

il dolore possa essere adeguatamente spiegato tramite un processo meccanicistico di azione e reazione.

Dolore acuto e dolore cronico

Il *dolore acuto* fa riferimento a un dolore che dura meno di tre mesi. Il suo è uno scopo ben preciso, giacché ci spinge ad agire per proteggerci. Danno tissutale, gonfiore e infiammazione sono caratteristici del dolore insorto di recente.

Normalmente, ma non sempre, la portata del danno determina l'intensità del dolore provato. Il dolore acuto in genere risponde al trattamento, per esempio ai farmaci. Dal punto di vista emotivo, questo tipo di dolore può far nascere un senso d'ansia, che solitamente è positivo perché l'ansia ci stimola ad agire, a chiedere aiuto, a tenere sotto controllo le condizioni della lesione e a prestare attenzione per evitare di ferirsi nuovamente.

Negli anni Settanta, quasi tutti gli esperti in materia consideravano i sei mesi come la linea di confine che divideva il dolore acuto da quello cronico. Tuttavia, oggi le ricer-

che dimostrano che la maggior parte delle lesioni guarisce in molto meno tempo. Il corpo è un vero e proprio esperto nello schierare le proprie difese e nel fare ciò che è necessario per guarire, per cui dopo tre mesi quasi tutte le ferite sono completamente guarite. Un disco lesso, determinati interventi chirurgici e altri problemi fuori del comune possono richiedere più tempo.

Il *dolore cronico* è una condizione che persiste per tre mesi o più, oltre il tempo necessario alla normale guarigione. Non più utile, questo dolore non fa altro che interferire con le attività quotidiane e con la vita in generale (Turk e Winter 2006). Il dolore cronico è di norma costante, tuttavia può anche essere episodico o ricorrente, come nel mal di testa. La sua intensità può variare notevolmente e, come vedremo, essere influenzata da vari fattori fisici, ambientali, sociali e psicologici.

Modelli di dolore

Un modello è un modo di organizzare e comprendere fenomeni complessi; medici e altre figure utilizzano i modelli per spiegare l'enigma del

dolore. I modelli esercitano una fortissima influenza anche sul modo in cui i medici tentano di risolvere il problema del dolore.

Modello malattia

Il *modello malattia* presuppone che il dolore lamentato da un individuo si possa fondamentalmente spiegare attraverso uno specifico stato patologico. I trattamenti sono mirati a correggere la causa fisica del dolore. Questo modello è semplice, cosa che

lo rende allettante. Tuttavia, nonostante i progressi in anatomia e in tutte le scienze mediche, in linea generale si concorda sul fatto che i fattori fisici da soli non sono in grado di spiegare adeguatamente il problema del dolore (Turk e Monarch 2002).

Gate Control Theory

La *Gate Control Theory* (GCT, "teoria del cancello") del dolore è stata proposta nel 1965 da Melzack e Wall. Secondo questa ipotesi, nel midollo spinale esiste un meccanismo di controllo che modera il dolore; come un cancello, tale meccanismo può aprirsi o chiudersi a seconda dei vari fattori fisici e psicologici. Possono per esempio aprire il cancello l'ansia, i pensieri negativi e la focalizzazione sul dolore. Al contrario, il rilassamento, le emozioni positive e lo svago sono in grado di chiuderlo.

Quando è stata proposta, la *Gate*

Control Theory si è rivelata rivoluzionaria, perché sosteneva che il dolore non è una strada a senso unico e non agisce come la fune e il campanello. Al contrario, il dolore viene modulato nel momento in cui fa il suo ingresso nel midollo spinale e notevolmente modificato quando viene registrato nel cervello. Subisce l'influenza di vari fattori, per esempio il modo in cui lo interpretiamo e lo colleghiamo a esperienze del passato. La percezione del dolore viene anche influenzata da qualunque minaccia a esso collegata. In questo

modello, se in passato siamo riusciti a far fronte con successo al dolore e se i sintomi che proviamo si possono spiegare in termini relativamente benigni, una forte reazione fisica ed emotiva è meno probabile. Il modello malattia non prende in considerazione questi complessi fattori.

Quantunque non vi sia certezza sulla precisa natura del "cancello" e sulla sua ubicazione nel sistema nervoso centrale, la teoria si è di-

mostrata di particolare importanza al momento della sua formulazione, perché ha permesso di considerare l'influenza di vari fattori, in particolare psicologici. Ha inoltre contribuito a modificare il modo in cui gli esperti vedono il dolore, richiamando soprattutto l'attenzione ai limiti del modello malattia e spianando la strada per il modello oggi generalmente accettato, quello biopsicosociale.

Modello biopsicosociale del dolore

Man mano che i ricercatori si convincevano sempre di più che l'esperienza del dolore, soprattutto del dolore cronico, rappresentava una complessa sinergia di influssi fisici, sociali, comportamentali, emotivi e ambientali, si faceva strada un nuovo modello, quello *biopsicosociale*. Il termine è stato proposto per la prima volta da George Engel (1977) a sostegno dell'idea che tutti i problemi medici, e non solo quelli algici, siano influenzati da fattori biologici, psicologici e sociali. Il diabete per esempio ha una base chiaramente biologica che coinvolge il pancreas. Tuttavia, il modo in cui la persona reagisce a una diagnosi di diabete (i passi che compie per gestire la malattia e la risposta a varie influenze sociali) determina in manie-

ra interattiva il decorso e l'esito del suo stato. Secondo Engel, isolare un fattore e utilizzarlo per spiegare il diabete non coglie la natura complessa della patologia. I problemi medici sono multidimensionali e influenzati da molti fattori, così come lo è il dolore.

Attualmente le ricerche hanno chiaramente dimostrato che i metodi più efficaci per gestire i problemi di dolore cronico prendono in considerazione i molteplici fattori che influenzano tale dolore, rispettandone le basi biologiche senza tralasciare altri aspetti che spesso si dimostrano più influenti, come i fattori psicologici e sociali. Il modello biopsicosociale è l'approccio utilizzato in questo libro.

Esercizio: comprendere il dolore cronico

Ora che avete ottenuto qualche informazione di base sul dolore e la sofferenza, prendetevi del tempo per rispondere alle seguenti domande. Annotate le risposte nel diario, in modo da poterle rileggere in futuro.

1. Il modello biopsicosociale pone l'accento sulla natura multidimensionale del dolore. I fattori biologici da soli non sono in grado di spiegarne l'esperienza. Ritenete che il vostro dolore sia influenzato da eventi sociali e psicologici? Come cambia questo dolore quando vi sentite arrabbiati o stressati?
2. La portata dei danni fisici e il dolore percepito non sono direttamente proporzionali. In altri termini, nel dolore cronico "lesione" e "male" non sono la stessa cosa. Che cosa significa questo, in rapporto al vostro dolore?
3. La sofferenza è la pena associata al dolore. Dolore a parte, quali sono i motivi per cui state soffrendo? Ritenete sia possibile cambiarli senza eliminare il dolore?

Fattori fisici e non fisici nel dolore cronico

Sebbene nel dolore cronico non maligno la guarigione della lesione originaria sia solitamente completa, ciò non significa che alla base non sussistano condizioni fisiche causa di dolore. Dopo la guarigione, spesso sono presenti svariati meccanismi in grado di generare dolore, per esempio un nervo irritato, tensione a muscoli e legamenti, alterazioni delle

articolazioni. Purtroppo, la medicina moderna non presenta alcun modo decisivo di stabilire quanto una qualunque di queste potenziali cause possa contribuire all'esperienza del dolore.

Consideriamo per esempio una lombalgia. La lombalgia è il dolore più comune e colpisce più di due terzi degli individui con dolore cro-

nico e invalidante, eppure è tuttora poco compresa. Quasi l'ottantacinque per cento di chi è affetto da mal di schiena riceve una diagnosi aspecifica, cioè non è nota alcuna decisiva causa fisica del dolore (Gatchel 2005).

Il mal di schiena potrebbe avere varie origini, tra cui muscoli, legamenti, articolazioni, dischi o radici nervose. Di solito la causa è ovvia solo se la persona presenta una frattura, un tumore o un'infezione. I medici riescono a identificare la causa esatta del mal di schiena solo nel quindici per cento dei casi (Waddell e Turk 1992).

Illustrare le cause fisiche del dolore acuto è ovviamente importante e occorre fare di tutto per trovare una cura, nei limiti del possibile. Nella maggior parte dei casi, il dolore acuto si risolve con il trattamento o da solo, nel giro di tre mesi, quantunque alcuni studi recenti ipotizzino un tempo di recupero più lungo per i casi che riguardano la schiena (v. per esempio Von Korff e Saunders 1996). In genere non è necessario portare alla luce eventuali fattori non fisici in grado di influenzare il dolore, giacché durante la fase acuta a dominare sono i fattori fisici.

Cionondimeno, man mano che il dolore avanza, tali fattori passano in secondo piano. Benché l'aspetto fi-

sico continui a esercitare un'influenza significativa, le ricerche regolarmente dimostrano che le paure, le convinzioni e il modo in cui il dolore viene gestito ricoprono maggior importanza quando si tratta di spiegare sofferenza e disabilità o persino, entro certi limiti, l'intensità del dolore provato (Turk e Monarch 2002). Più ci si allontana dal momento del danno o dall'inizio del dolore, più diventa importante il ruolo dei fattori psicosociali per spiegare il motivo di tale dolore e il modo in cui lo si affronta.

Trattare il dolore cronico richiede attenzione ai molteplici aspetti del problema. Gli approcci focalizzati esclusivamente sulla cura non funzionano. Più che cercare di curarlo, è necessario gestire il dolore cronico e prestare attenzione ai fattori non fisici che ne influenzano l'esperienza.

Ci dilungheremo sull'accettazione del dolore più avanti in questo libro. Per il momento va ricordato che portare l'attenzione alla gestione del dolore, piuttosto che alla cura, non significa gettare la spugna. Incanaliamo così tante energie nel tentativo di eliminare il dolore che la nostra vita viene messa in "standby" in attesa di una cura. Secondo Richard Sternbach, noto psicologo, se vari medici competen-

ti ci hanno detto che non si può fare nient'altro per curare il nostro dolore, occorre accettarlo e andare avanti (1983). Il problema per molti

è che il dolore viene confuso con la sofferenza, per cui si pensa che l'unico modo di non soffrire più sia quello di eliminare il dolore.

Dolore, sofferenza e disabilità

Forse siete cresciuti con la convinzione che dolore, sofferenza e disabilità costituiscono un tutt'uno. Niente potrebbe essere più lontano dalla verità.

La *disabilità* indica che non siamo in grado di fare quello che una volta facevamo. Denota una ridotta abilità a intraprendere varie attività e a mettere in atto una vasta gamma di comportamenti, stati d'animo e pensieri a causa di una condizione fisicamente debilitante, per esempio un disco erniato.

La *sofferenza* è l'aspetto emotivo del dolore, o ciò che un paziente fibromialgico ha definito "l'atrocità" del dolore. Il dolore mette in moto una reazione emotiva per questioni di sopravvivenza. Quando viene attivata la nocicezione (la causa fisica del dolore), i centri emotivi del cervello reagiscono negativamente per spingerci a fare ciò che è necessario per ridurre o evitare il dolore. Se la reazione emotiva non fosse così negativa, non saremmo portati ad agire per proteggerci.

La sofferenza subisce l'influenza della nocicezione, tuttavia è il modo in cui interpretiamo il dolore a determinare il livello di sofferenza provato. A questo punto, le cose si complicano. Se, per esempio, ogni volta che proviamo dolore temiamo che questo sfugga al nostro controllo e ci renda inabili, la nostra ansia aumenta di conseguenza, amplificando il dolore e la sofferenza, nonché alimentando un circolo vizioso.

Secondo il buonsenso, se l'input nocicettivo è alto, la disabilità e la sofferenza risulteranno altrettanto intense. Questo è il motivo per cui la maggior parte dei medici vede la disabilità e la sofferenza come inevitabilmente connesse al grado di menomazione fisica vissuta dall'individuo. Tuttavia, in chi soffre di dolore cronico disabilità, sofferenza e menomazione fisica presentano in realtà solo un debole legame. Su disabilità e sofferenza esercitano un'enorme influenza i fattori non fisici, i quali sono specifici per ogni individuo.

La disabilità è in parte collegata alla causa fisica del dolore. Tuttavia, ciò che possiamo o non possiamo fare è anche legato al nostro timore di ferirci nuovamente o di essere resi inabili dal dolore, nonché dal modo in cui ci occupiamo delle nostre attività quotidiane.

Ecco alcuni dei fattori più direttamente associati al livello di disabilità:

- paura del dolore o di ferirsi nuovamente;
- decondizionamento fisico;
- stanchezza;
- causa fisica del dolore;
- approccio altalenante nei confronti dell'attività;
- effetti avversi dei farmaci;
- influenza degli altri;
- indisponibilità del posto di lavoro a venire incontro alle limitazioni fisiche.

Analogamente, la sofferenza è collegata ai problemi fisici, ma la peggior qualità o l'infelicità provate sono

anche determinate da ciò che ci aspettiamo succederà se non riusciamo a controllare il dolore. Ecco alcuni dei fattori più direttamente collegati al livello di sofferenza:

- causa fisica del dolore;
- perdita del reddito;
- riduzione delle attività piacevoli;
- isolamento sociale;
- paura che il dolore peggiorerà;
- paura di diventare fisicamente inabili;
- paura di mettere sotto tensione o di perdere un rapporto;
- paura di perdere la produttività;
- paura di non essere più psicologicamente abile.

Dal momento che sofferenza e disabilità sono solo moderatamente collegate agli aspetti fisici del dolore, possono essere modificate senza eliminare quest'ultimo. Si tratta di un messaggio assai ottimistico per tutti coloro che provano un dolore persistente.

Capitolo settimo

Accrescere il benessere emotivo

Il dolore cronico può ripercuotersi assai negativamente sul benessere emotivo. Non è difficile comprenderne la ragione. Il dolore cronico è associato a numerose perdite, a un declino della forma fisica, disturbi del sonno, tensione nei rapporti, perdita di energia, bassi livelli di attività, isolamento sociale e solitudine, senza contare lo stress di un dolore incessante. Per chi è afflitto da dolore cronico, l'ansia, la depressione e la rabbia sono la regola, non l'eccezione. Queste emozioni negative, però, acuiscono il dolore e aumentano la sofferenza.

Questo capitolo ha lo scopo di insegnare a migliorare il benessere

emotivo. Forse, dopo tutto quello che avete passato, pensate che l'impresa sia troppo difficile o impossibile. Per di più, è normale sentirsi amareggiati quando il dolore è costante; vivere uno stato d'animo diverso sarebbe ritenuto anomalo. Tuttavia, il fatto che fino a quando il dolore perdura non possiate fare nulla per star meglio emotivamente non è così scontato. Con un po' di sforzo, è possibile imparare a sentirsi meno depressi, ansiosi e arrabbiati. Di fatto, non tutti coloro che soffrono di dolore cronico si sentono a terra. Sebbene tale dolore accresca il rischio di turbamento emotivo, questo risultato non è indiscusso.

La storia di Johnny

Johnny riparava tetti. Ogni giorno, portava sui tetti degli edifici materiale pesante arrampicandosi su alte scale. Per otto o dieci ore al giorno, sotto il sole rovente e al gelo dell'inverno lui stava chino a martellare. Lavorare sodo gli piaceva e alla fine della giornata era fisicamente esausto. Guadagnava bene e spendeva i soldi in acquascooter, motoslitte e motociclette. Dice che trascorreva gran parte del fine settimana con gli amici, provando il brivido del rischio e "spingendo al massimo".

Nel 2005, all'inizio della primavera, Johnny stava camminando su un edificio commerciale dotato di un tetto lungo e spiovente. Sebbene il datore di lavoro avesse avvertito il personale di usare le corde di sicurezza, l'altezza del tetto non era stata considerata pericolosa e gli uomini avevano deciso di farne a meno, perché spesso le corde intralciavano il lavoro. Un mattino di buon'ora, quando il tetto era in parte coperto da un sottile strato di ghiaccio, Johnny si era arrampicato sul colmo e gli era caduta la pistola sparachiodi. L'attrezzo era scivolato velocemente fuori portata e Johnny si era allungato di scatto per recuperarlo, ma all'improvviso il piede aveva ceduto. Johnny era caduto di lato e aveva iniziato a scivolare. Aveva cercato di fre-

nare la caduta afferrando qualunque cosa gli capitasse, ma la velocità aumentava. Era scivolato per nove metri, cadendo poi violentemente dal tetto e piombando seduto sul terreno, le gambe lunghe distese davanti a lui. La caduta gli aveva proiettato in avanti la parte superiore del corpo con una tale violenza che Johnny aveva battuto la testa sulle ginocchia.

Aveva cercato di rialzarsi per dimostrare a se stesso e agli altri che era tutto a posto, ma un dolore atroce alla zona lombare lo aveva costretto a ripiegarsi. Aveva guidato fino a casa, ma non era riuscito a camminare dal suo furgone fino alla porta e aveva dovuto chiamare il suo coinquilino perché lo aiutasse.

Dopo essere crollato davanti alla porta di casa, era stato portato al pronto soccorso. La risonanza magnetica aveva rivelato una frattura da compressione in una delle vertebre lombari e Johnny era stato ricoverato per cinque giorni.

La convalescenza si era rivelata difficile. La sua ragazza lo aveva aiutato per settimane a farsi il bagno e a vestirsi. Inoltre, dal momento che non poteva andare al lavoro, trascorreva gran parte del tempo a letto a guardare la televisione. Quando cercava di aumentare le attività, il dolore si ria-

cutizzava, rispedendolo a letto.

Poiché Johnny non migliorava né con il riposo né con i farmaci, il medico di famiglia lo aveva mandato da un ortopedico, il quale gli aveva detto che aveva il settantacinque per cento di probabilità di rispondere a un intervento chirurgico lombare. Considerando il dolore e l'agonia che stava vivendo, Johnny aveva accettato e l'intervento era stato fissato. Mentre era in attesa, tuttavia, aveva iniziato a immaginare che durante l'operazione qualcosa potesse andare storto. Alla fine, aveva disdetto l'intervento, dicendo al medico che non credeva avrebbe ottenuto un risultato positivo.

In seguito Johnny aveva ammesso di aver rifiutato l'intervento perché era troppo ansioso. Poco dopo l'incidente, aveva cominciato ad avere incubi in cui sognava di cadere e si sentiva sempre più inquieto. Quando era sveglio, immagini della caduta e del fortissimo dolore che aveva provato si insinuavano nei suoi pensieri, a volte in vari momenti del giorno, soprattutto quando il dolore si riacutizzava.

Johnny era anche preoccupato per-

ché non stava guarendo come gli avevano promesso i medici. Trascorrevano sempre più tempo a letto, perché sembrava essere l'unico modo di alleviare il dolore. Quando era costretto all'attività, ad esempio per andare a fare la spesa, spesso il dolore si riacutizzava e questo gli faceva temere di essersi fatto male nuovamente. Queste sensazioni alimentavano immagini inquietanti e, talvolta, sintomi di panico.

Cinque mesi dopo l'incidente, il dolore di Johnny era molto peggiorato. La sua ragazza lo aveva lasciato e il suo coinquilino si era trasferito, per cui lui si trovava solo gran parte del tempo. In linea generale, gli amici non gli facevano più visita, perché era irritabile e spesso rispondeva loro sgarbatamente per cose che non lo avevano mai infastidito prima. Era annoiato, depresso e i sintomi dell'ansia peggioravano in continuazione. Gli sembrava che tutto attorno a lui stesse crollando. Si sentiva in un vicolo cieco e aveva perduto ogni minima speranza che la situazione potesse cambiare in meglio.

L'influenza dello stato d'animo negativo sul dolore cronico

La storia di Johnny forse apparirà eccessiva, eppure è familiare a molti di coloro che soffrono di dolore cronico. La depressione affligge il cinquanta per cento dei pazienti con dolore cronico (Fishbain et al. 1986) e per alcuni la cifra potrebbe essere molto più alta (Romano e Turner 1985). Gli esperti per la maggior parte concordano che i sintomi della depressione compaiono in seguito all'insorgenza del dolore e si presentano con più probabilità in chi è sensibile dal punto di vista psicologico (Sullivan et al. 2001).

Come discusso al capitolo 1, chi è afflitto da dolore cronico sembra avere più problemi d'ansia rispetto alla popolazione in generale (Craig 1994). Compaiono con frequenza paure di nuove lesioni o del dolore, preoccupazioni di possibili perdite future (soprattutto in materia di funzionalità e denaro) e l'idea che si profilino problemi psicologici a causa dello stress e della tensione dati dal dolore cronico (Rosensteil e Keefe 1983). L'ansia, se presente, contribuisce ad accrescere i livelli di angoscia e di disabilità associati al dolore cronico (Waddell et al. 1993).

Anche la rabbia rappresenta un frequente problema per numerose persone con dolore cronico (Fer-

andez e Turk 1995). Presso la nostra clinica i pazienti spesso riferiscono di essersi sentiti più irritabili e in collera dopo l'insorgenza del dolore. La rabbia a sua volta interferisce con le attività e aumenta l'intensità del dolore, come pure i sintomi della depressione (Tearnan e Lewandowski 1992; Kerns, Rosenberg e Jacob 1994), alimentando un circolo vizioso. Può inoltre interferire in maniera significativa con la motivazione e l'accettazione degli obiettivi di trattamento da parte di chi è afflitto da dolore cronico (Gatchel 2005).

La depressione, l'ansia e la rabbia esercitano un ulteriore effetto debilitante: ci inducono spesso a credere di esserci trasformati in qualcuno che non amiamo, un individuo sempre in collera e insoddisfatto, indeciso e privo di fiducia, una mera parvenza di ciò che eravamo prima. Di fatto, quando siamo depressi, ansiosi o arrabbiati è difficile sentirci o pensare come facevamo un tempo. Non abbiamo però perduto ciò cui tenevamo maggiormente di noi stessi: i nostri valori e le nostre credenze di fondo. Li abbiamo ancora dentro di noi.

Prima di mettere in pratica le tecniche specifiche per migliorare lo sta-

to d'animo, dobbiamo capire la natura della depressione, dell'ansia e della rabbia. Questo ci aiuterà a identificare i momenti in cui abbiamo dei problemi. Occorre inoltre tenere a mente che raramente si hanno emo-

zioni negative isolate. Quando una persona è in collera, spesso è anche depressa e ansiosa. I suggerimenti e gli interventi in questo capitolo servono pertanto a modificare tutte e tre queste emozioni negative.

Riconoscere la depressione

Come il dolore, la depressione è qualcosa che non si può toccare, odorare o gustare. Viene definita come un insieme di sintomi che tendono ad assembrarsi nel momento in cui ci sentiamo depressi. Un valido modo di capire la depressione è quello di esaminare i sintomi cognitivi (del pensiero), comportamentali e fisiologici che si presentano.

Cognitivi. Quando siamo depressi, tendiamo a riferire perdita di fiducia e senso d'inferiorità. Possiamo perdere l'interesse in ciò che ci circonda e in attività in passato apprezzate. La motivazione si riduce e molti lavori sembrano richiedere uno sforzo in più. Il futuro spesso appare cupo e possiamo sentirci impotenti, privi di speranza, al punto da coltivare idee di suicidio. Può risultare difficile prendere decisioni, per cui rimandiamo o evitiamo del tutto. Quando siamo depressi, abbiamo maggior tendenza a criticare noi

stessi, convinti di aver fallito o fatto qualcosa di sbagliato. Aaron Beck, noto psichiatra, afferma che gli individui depressi adottano una visione negativa e distorta di se stessi, del mondo che li circonda e del futuro (Beck et al. 1979). Spesso perdono la capacità di valutare con obiettività le loro esperienze e vedono tutto sotto una luce negativa.

Comportamentali. Il principale cambiamento comportamentale nella depressione è una riduzione delle attività, soprattutto di quelle piacevoli. Per esempio, magari abbiamo smesso di uscire frequentemente come in passato ed evitiamo incontri con altre persone, inclusi i familiari. Anche il pianto è presente, talvolta alla minima provocazione.

Fisiologici. È possibile provare un forte senso di stanchezza, un aumento o una perdita di appetito, disturbi del sonno o un declino della

funzionalità sessuale. Può anche capitare di lamentare un maggior numero di dolori fisici e timori riguardo alla salute fisica. Di fatto, alcuni studi hanno dimostrato la presenza di depressione in un cospicuo numero di individui che riferiva al medico dolori di varia natura (Anderson e Anderson 2003).

Non tutti fanno esperienza dell'intera gamma di sintomi noti associati alla depressione. I sintomi manifestati sono diversi, tuttavia se in genere notate un cambiamento significativo e prolungato della funzionalità cognitiva, può trattarsi di depressione. Dal momento che gran parte delle persone afflitte da persistente dolore vive cambiamenti comportamentali e fisici in conseguenza del dolore stesso, queste categorie di sintomi non indicano necessariamente in maniera accurata una depressione in tali persone. Un declino delle attività e un cambiamento del sonno, dell'appetito e dell'energia non sono indici affidabili di depressione quanto la presenza di cambiamenti della funzionalità cognitiva (Wesley et al. 1999). Indici più accurati sono perdita di interesse in attività piacevoli, soprattutto nella compagnia delle persone, preoccupazione e sconforto verso il futuro e autocritica.

Cause di depressione nel dolore cronico

Benché molte siano le spiegazioni sul modo in cui la depressione si sviluppa nel dolore cronico, la maggior parte degli esperti sottolinea l'importanza del valore che il paziente attribuisce all'impatto del dolore sulla propria vita (Turk e Monarch 2002). Chi ritiene di avere scarso controllo sul dolore e sulle sue conseguenze appare maggiormente a rischio, mentre chi pensa di riuscire a mantenere il controllo e la funzionalità nonostante il dolore non cade in depressione.

Spesso chiedo ai miei pazienti se ritengono il loro dolore incompatibile con una buona qualità di vita. Se la risposta è affermativa, riscontro una forte probabilità di depressione. Ho anche notato che la depressione sembra essere più comune nei pazienti che attribuiscono i problemi associati al dolore (per esempio insicurezza economica, tensione nei rapporti o perdita del lavoro) a un qualche personale fallimento. Non è raro per i miei pazienti depressi ritenere di aver fallito e attribuirsi la colpa dei propri problemi.

Anche le numerose perdite che possono fare seguito all'insorgenza del dolore cronico sembrano contri-

buire alla depressione. La maggior parte di noi è abituata ad affrontare l'occasionale problema che la vita ci getta davanti. Facciamo fronte a queste difficoltà rimboccandoci le maniche e alla fine quasi tutte si risolvono o spariscono. Nel dolore cronico, tuttavia, spesso dobbiamo affrontare numerosi problemi molto stressanti e gravosi, sia fisicamente sia emotivamente: perdita del posto di lavoro, riduzione delle attività, isolamento sociale, tensione nei rapporti, incertezze riguardo le diagnosi mediche e il trattamento ecc. Vivere così tanti problemi, spesso in un breve arco di tempo, può risultare eccessivo. Davanti a tutti questi ostacoli possiamo ritirarci, in parte per radunare le forze, ma anche perché l'evitamento può apparire come l'unica via d'uscita.

La depressione diventa più probabile quando crediamo di non essere all'altezza delle sfide che affrontiamo o quando attribuiamo eventi negativi a mancanze personali e iniziamo pensare che la vita stia sfuggendo al nostro controllo. Purtroppo, questo tipo di pensiero è comune nel dolore cronico, per-

ché qualunque sforzo per vincere tale dolore si scontra con la delusione e il fallimento. La depressione sembra inoltre aumentare quando pensiamo di aver perduto importanti aspetti di noi stessi che non potremo più recuperare e, di conseguenza, riteniamo che non saremo mai più felici.

L'importanza delle esperienze che confutano le nostre convinzioni

Molte persone colte nella morsa della depressione si arrendono, spesso nutrendo poche speranze che la vita migliorerà. Senza alcuna esperienza a confutare l'idea che il dolore è incompatibile con una buona qualità di vita, non imparano mai a reinquadrare l'esperienza dello stesso. Per combattere la depressione occorre capire che la vita può continuare nonostante il dolore. È possibile provare più piacere e avere una qualità di vita migliore non ritrovando il nostro vecchio sé, bensì scoprendo ciò che possiamo fare bene perseguendo un obiettivo.