

Elisa Arnaudo

Dolore e medicina

vai alla scheda del libro su www.edizioniets.com



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

Volume pubblicato con il contributo di



© Copyright 2016
Edizioni ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione

Messaggerie Libri SPA
Sede legale: via G. Verdi 8 - 20090 Assago (MI)

Promozione

PDE PROMOZIONE SRL
via Zago 2/2 - 40128 Bologna

ISBN 978-884674681-8

ISSN 2420-9759

Introduzione

Il presente lavoro tratta del dolore come oggetto della conoscenza medica, e presenta un'analisi delle modalità in cui il dolore è stato concettualizzato ed approcciato in medicina. Sebbene in questo lavoro l'attenzione sia rivolta in particolare al dolore come oggetto della clinica, il mio studio presenta un'indagine più ampia ed approfondita delle relazioni tra medicina e dolore. L'oggetto di ricerca è investigato attraverso diverse prospettive, principalmente la storia delle idee, l'indagine filosofica e la ricerca etnografica. Nel corso del lavoro, la conoscenza medica del dolore viene analizzata in una prospettiva multi-livello, nel tentativo di mostrare come le differenti concettualizzazioni del fenomeno interagiscano tra loro contribuendo alla definizione medica del dolore, in particolare del dolore come malattia.

Il primo capitolo presenta una contestualizzazione storica di ciò che si può senza dubbio considerare un evento rivoluzionario nella concezione del dolore, risalente alla seconda metà del Ventesimo secolo. Nel 1965, lo psicologo Ronald Melzack ed il neurofisiologo Patrick D. Wall presentano una nuova teoria dei meccanismi del dolore, la cosiddetta Teoria del Cannello [*Gate Control Theory*]. La nuova teorizzazione di Melzack e Wall concepisce il dolore come il risultato di un complesso sistema di modulazione influenzato da variabili psicologiche e fisiologiche. Ciò comporta l'abbandono della precedente visione, la Teoria della Specificità, che interpretava il dolore come una sensazione, al pari del tatto e dell'udito, caratterizzata da uno specifico substrato anatomico soggiacente alla trasmissione del dolore dalla periferia al cervello. In questo quadro, il dolore era inteso come il risultato di una stimolazione a livello periferico, direttamente e fedelmente trasmessa al cervello.

La Teoria del Cannello nega invece una relazione diretta e proporzionale tra danno tissutale e dolore che, in convergenza con diverse osservazioni cliniche, si rivela altamente variabile. In neurofisiologia, la Teoria del Cannello enfatizza il cruciale ruolo integrativo svolto dal

sistema nervoso centrale, conducendo gli scienziati a focalizzarsi sui processi del dolore a questo livello.

Il più recente sviluppo della Teoria del Cannello, il modello del *body-self neuromatrix* di Melzack, presenta un quadro per spiegare a livello centrale non solo i meccanismi del dolore ma le basi neurali della percezione in generale. Ad ogni modo, la *tentazione della specificità*, ovvero il tentativo di localizzare il dolore, rimane un *leitmotiv* della ricerca scientifica sul dolore; in merito a ciò, è emblematica la recente riformulazione del modello di Melzack come *Pain Matrix*, un modello che descrive il dolore come coincidente con l'attivazione di precise aree neurali.

Il contributo maggiore della Teoria del Cannello alla ri-concettualizzazione del dolore non è ad ogni modo da rintracciare in ambito neurofisiologico, ma in quello medico-clinico. La teoria di Melzack e Wall dei meccanismi del dolore ha fornito difatti il supporto scientifico teorico per la costituzione di una nuova disciplina medica, la medicina del dolore, formatasi negli Stati Uniti nella seconda metà del Ventesimo secolo con l'obiettivo di studiare e migliorare la gestione clinica del dolore.

Nel 1979, l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP), nata dal movimento della medicina del dolore, presenta quella che ancora oggi è la più influente definizione del dolore. La IASP definisce il dolore come *una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritta nei termini di un tale danno*. Il mutamento di prospettiva nella concezione del dolore sotteso a questa definizione è notevole: la IASP riconosce difatti il dolore come una complessa entità multi-dimensionale e non, come in precedenza, un composto di aspetti sensoriali – la percezione del dolore – ed emozionali – la reazione al dolore –.

Attraverso una contestualizzazione della definizione della IASP è possibile enfatizzare la vocazione pragmatica della stessa, ovvero quella di rappresentare uno strumento utile per permettere ai diversi specialisti del dolore la collaborazione e la condivisione delle ricerche. Inoltre, uno degli scopi principali dei proponenti della definizione era il riconoscimento clinico della *realtà* di tutti i dolori, indipendentemente dall'individuazione di un danno organico soggiacente. L'enfasi sulla soggettività del dolore, in base alla definizione dello stesso come *esperienza*, mira direttamente ad evidenziare l'autorità epistemica del soggetto sofferente in relazione alla presenza del dolore; ciononostante, come evidenziato nell'analisi, questo tentativo è minato dalla classificazione stessa della IASP di quei dolori non connessi ad un danno

tissutale come *psicogeni*. Come sottolineato, ciò sembra derivare da un'attitudine caratteristica dell'approccio medico al dolore basata sulla dicotomizzazione della causa del dolore che fallisce nell'apprezzamento della complessità del fenomeno. Questa disposizione è particolarmente evidente nell'approccio medico al dolore patologico, in particolare al cosiddetto *dolore psicogeno* e al dolore cronico. L'indagine delle modalità in cui la medicina si rapporta a questi oggetti, condotta nei capitoli 1 e 2, è al centro del presente studio.

Dolore psicogeno è il termine impiegato per definire quei dolori che si ritengono causati da fattori psicopatologici; nel secondo capitolo viene presentata una panoramica della storia delle principali concezioni del *dolore psicogeno* dalla seconda metà del Ventesimo secolo ad oggi. Le classificazioni di questa entità nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) dell'Associazione Americana di Psichiatria (APA) sono analizzate in relazione al più ampio dibattito sui supposti meccanismi patologici sottostanti questi dolori.

In un secondo tempo, la classificazione del *dolore psicogeno* del DSM-IV, il *Disturbo Algico [Pain Disorder]* viene analizzata e discussa, giungendo alla conclusione che questa classificazione non può essere il fondamento di una valida diagnosi psichiatrica. Questa categorizzazione è difatti altamente discutibile in quanto non fornisce criteri positivi per identificare una precisa entità clinica e, nonostante gli sforzi per abbandonare una concezione dualistica delle condizioni dolorose, perpetra questo approccio classificando il *dolore psicogeno* come disturbo mentale in base all'esclusione di evidenze organiche che possano spiegare la presenza del dolore.

L'incapacità della medicina di fornire una classificazione coerente delle condizioni dolorose maggiormente problematiche è ancor più evidente in relazione al dolore cronico. Il capitolo 3 è interamente dedicato all'approfondimento di questo tema, ovvero il problematico approccio medico al dolore cronico come malattia. Il dolore cronico, generalmente definito come *il dolore che dura più del normale corso di una patologia o insulto acuto*, rappresenta una sfida cruciale per la medicina essendo il suo carattere patologico definito non in base all'identificazione del processo morboso soggiacente, ma in relazione alle conseguenze dello stesso per la vita dell'individuo.

Il riconoscimento dello status patologico del dolore cronico è al centro del movimento della medicina del dolore, che nasce come specialità medica essenzialmente pluridisciplinare costituita da diversi specialisti che si occupano del dolore: anestesiology, come John J. Bonica – padre

fondatore della *pain medicine* –, neurofisiologi, psicologi e psichiatri. La presenza di diverse discipline e approcci in seno alla medicina del dolore porta anche alla formulazione di differenti concezioni del dolore cronico come malattia.

Nella prima parte del terzo capitolo viene affrontata la costituzione del dolore cronico come entità di malattia nelle diverse edizioni del manuale di Bonica, *The management of pain*. Il riconoscimento del ruolo giocato dai fattori psicologici nella produzione e nel mantenimento del dolore cronico è un aspetto fondamentale che segna le più rilevanti distinzioni tra i diversi orientamenti nei confronti del dolore cronico nella medicina del dolore. Tra le interpretazioni date alle condizioni di dolore persistente e le relative concezioni di malattia, le nozioni di *sindrome da dolore cronico* [*chronic pain syndrome*] e di *comportamento anormale di malattia* [*abnormal illness behaviour*] sono discusse nel dettaglio, in quanto considerate tra le più controverse. Queste concezioni rappresentano il tentativo di spiegare condizioni complesse di dolore caratterizzate da una discrepanza tra il comportamento di malattia del sofferente ed il rilevamento di danni organici soggiacenti il dolore. Oltre alle problematiche epistemologiche relative a queste categorizzazioni, ovvero l'incapacità di queste ultime di definire entità morbose specifiche, entrambe risultano emblematiche dell'ambiguo status del dolore cronico come malattia.

La questione del riconoscimento del dolore persistente come patologia è particolarmente rilevante in particolare in una prospettiva socio-economica (in relazione ad esempio alle richieste di riconoscimento dell'invalidità). La disabilità causata dal dolore cronico, se non giustificata in base a valutazioni strumentali in grado di provare la presenza del dolore, rappresenta una problema enorme per molti sofferenti, in particolare all'interno di sistemi sanitari quali quello statunitense, in cui difatti la questione è ancora oggetto di dibattito.

Il problematico riconoscimento del dolore cronico come malattia è ulteriormente testimoniato dalla categorizzazione di questa entità nella *Classificazione Internazionale delle Malattie* dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS). Dall'ultima edizione (ICD-10), si evince che quando il dolore cronico non è connesso ad una specifica localizzazione, risulta in un certo senso *inclassificabile*: mentre il *dolore cronico intrattabile* [*chronic intractable pain*] sembra più un contenitore nosologico aspecifico, atto a raccogliere tutte quelle condizioni dolorose non meglio comprese più che una categorizzazione vera e propria, nell'ICD il *dolore psicogeno* è classificato sulle stesse linee del DSM senza ulte-

riore specificazioni. Ciò rende la categorizzazione del Manuale dell'OMS insoddisfacente e riconferma il posizionamento liminale del dolore cronico in medicina. Il carattere multi-sfaccettato del dolore cronico, in aggiunta alla sua frequente comorbidità con problematiche psicopatologiche, porta difatti ad una *incertezza scientifica* sullo status del dolore cronico come malattia. Questa situazione è particolarmente insidiosa per la medicina perchè concerne la domanda sulla causa del dolore, che continua ad essere posta in termini dualistici: il dolore cronico è causato da fattori organici o da fattori psicologici? Questo approccio, negando anche le evidenze scientifiche che indicano che l'unico quadro esplicativo adeguato del dolore cronico è di tipo multi-causale, è ben rappresentato dall'approccio medico alla comorbidità tra dolore cronico e depressione. La relazione tra queste due entità è epistemologicamente problematico e clinicamente rilevante, in quanto oggi molte condizioni di dolore cronico sono trattate con farmaci antidepressivi.

Nel corso del lavoro, viene messo in luce come, sebbene una visione dualista informi l'approccio medico al dolore, i confini che separano le interpretazioni organiche e quelle psicologiche sono molto più complesse di quelle riconducibili al dualismo cartesiano mente-corpo, e concernono questioni concrete e materiali. Il divario esistente tra *dolore psicogeno* ed organico, che influenza le vite di molti pazienti, è rintracciabile difatti in questioni che vanno ben aldilà di concettualizzazioni dicotomiche e che concernono invece aspetti quali i confini tra specialità mediche e l'iper-specializzazione delle stesse che rinforzano il riduzionismo dell'approccio medico al dolore cronico.

Nel quarto capitolo, la discussione teorica derivante dall'analisi del dolore come oggetto di conoscenza medica viene integrata e implementata attraverso l'approfondimento di una specifica condizione di dolore cronico, la sindrome fibromialgica. La fibromialgia, una condizione caratterizzata da dolore cronico diffuso ed altri sintomi debilitanti come l'affaticamento cronico, disturbi cognitivi, dell'umore e del sonno, è rappresentativa del problematico status del dolore cronico in medicina. Sebbene la fibromialgia sia presa in carico in Reumatologia in virtù del suo sintomo predominante, il dolore localizzato nel sistema muscolo-scheletrico, il suo status di malattia è ampiamente dibattuto. Il problematico riconoscimento di questa condizione è dovuto a diversi fattori: i) la fibromialgia è una sindrome, ovvero una condizione caratterizzata da una costellazione di diversi sintomi, tra cui problematiche a carattere ansioso e depressivo; ii) i meccanismi eziopatologici della fibromialgia sono sconosciuti, sebbene oggi questa condizione

sia interpretata come una sindrome da sensibilizzazione centrale ovvero una disfunzione del sistema nervoso centrale. Inoltre, iii) la fibromialgia, la cui diagnosi è un tipico esempio di diagnosi per esclusione, non è curabile e sebbene un approccio di tipo multi-modale sia consigliato, nella pratica il trattamento tradizionale è esclusivamente di tipo farmacologico, basato sull'impiego di anti-epilettici, mio-rilassanti e, in particolare anti-depressivi (SNRI), oltre ad analgesici.

L'analisi della fibromialgia, volta ad indagare le modalità attraverso cui questa entità è attualmente definita come condizione patologica nella pratica clinica, è stata condotta attraverso un'approfondita indagine etnografica. La prima parte della ricerca si è basata sull'osservazione partecipata dei consulti clinici nell'Unità di Reumatologia di una struttura ospedaliera locale. Il modo in cui la sindrome fibromialgica emerge nei consulti reumatologici è analizzato e discusso in dettaglio, portando ad una conclusione apparentemente paradossale: ciò che la conoscenza biomedica definisce *fibromialgia* non è un singolo oggetto, ma molti. La fibromialgia è, in alcuni casi, una condizione patologica, che può essere un'entità morbosa complessa caratterizzata da aspetti psicofisiopatologici od una condizione prettamente psicologica. Inoltre, la fibromialgia si può presentare come una componente, che accompagna alcune patologie reumatiche e che contribuisce al peggioramento della percezione del paziente del proprio stato di salute. La fibromialgia può anche essere un'attitudine, mostrata da alcuni pazienti e riconoscibile dal medico in base ad alcuni indicatori, alcuni dei quali coincidenti con i criteri diagnostici ed altri no. Infine, la fibromialgia è uno stato di profondo malessere presentato da alcuni pazienti, che a volte è accompagnato anche da una diagnosi di depressione.

Il quesito di ricerca – come la fibromialgia viene definita come entità patologica – è ulteriormente indagato nell'ultima sezione del quarto capitolo in riferimento alle esperienze di malattia dei sofferenti che convivono quotidianamente con la condizione. Le narrazioni di malattia dei pazienti sono state stimulate attraverso l'impiego del mezzo fotografico, ritenuto particolarmente adeguato al fine di accostarsi ad un'esperienza così elusiva quale quella del dolore persistente. Quattro pazienti incontrati nel corso di un percorso riabilitativo per pazienti con fibromialgia sono stati intervistati in modo approfondito attraverso l'impiego di rappresentazioni fotografiche del dolore unitamente a quesiti incentrati sulle esperienze individuali. Gli esiti delle narrazioni fotografiche dei pazienti e delle loro esperienze di convivenza con la fibromialgia sono presentate ed analizzate. Le questioni identificate

come cruciali nella definizione del dolore cronico come malattia nel corso del lavoro (l'origine e la causa del dolore, il divario tra dolore mentale e dolore fisico, e la definizione di dolore cronico come malattia) emergono nettamente nell'esperienza delle persone coinvolte nello studio e, allo stesso tempo, si delineano come elementi centrali caratteristici dell'oggetto medico definito sindrome fibromialgica.

Nella Conclusione si presentano gli esiti dell'indagine sulla comprensione medica del dolore, in particolare del dolore come malattia e si richiamano le diverse questioni dibattute, contestualizzandole in una panoramica più ampia che connette i diversi aspetti studiati. La metodologia di ricerca impiegata è altresì discussa e i potenziali futuri sviluppi dello studio sono messi in luce.

I risultati del lavoro svolto evidenziano come luogo principale del problematico riconoscimento del dolore cronico nella multidimensionalità ed il conseguente mancato accoglimento dello stesso nella sua complessità la struttura sezionante e localizzatrice propria del sistema biomedico. In questo senso, il dolore rimane una vera e propria sfida per la medicina, sfida che da un lato la medicina non può evitare di affrontare ma che, allo stesso tempo, richiama la necessità di un ripensamento globale della stessa nei suoi fondamenti, modalità di azione ed obiettivi.

Indice

<i>Introduzione</i>	7
1. <i>Il dolore come oggetto della conoscenza scientifica</i>	15
1. La scoperta del dolore come oggetto multidimensionale complesso	15
1.1. Introduzione	15
1.2. La Teoria della Specificità: il dolore come sistema sensoriale specifico	17
1.3. La critica di Melzack e Wall alla Teoria della Specificità	21
1.4. Dalla teoria della Specificità alla Teoria del Cannello	24
1.5. Nuovi approcci alla gestione del dolore	27
1.6. La Teoria del Cannello oggi	28
1.7. Conclusione	31
2. Che cos'è il dolore? La definizione di dolore della IASP	33
2.1. Introduzione	33
2.2. Prima della definizione della IASP: il dolore come percezione e reazione	35
2.3. Una contestualizzazione della definizione della IASP	37
2.4. Tensioni fondamentali nella definizione di dolore della IASP	40
2.5. Questioni epistemologiche nella definizione di dolore della IASP	44
2.6. Conclusione	46
2. <i>Il dolore patologico: il dolore come malattia mentale</i>	47
1. Una storia del dolore psicogeno	47
1.1. Introduzione	47
1.2. Il dolore come sintomo di conversione	48
1.3. Il dolore come mezzo di comunicazione	51
1.4. Psichiatria e dolore negli anni Sessanta	53

1.5. Dolore e somatizzazione	57
1.6. Le recenti classificazioni del dolore psicogeno	59
1.7. Conclusione	60
2. Il dolore psicogeno nel DSM: il Disturbo Algico rappresenta una valida classificazione?	61
2.1. Introduzione	61
2.2 Il Disturbo Algico e l'approccio dualistico al dolore	62
2.3 Disturbo algico e dolore cronico	65
2.4 Il futuro del Disturbo Algico: alcuni osservazioni conclusive	67
3. <i>Il dolore patologico: il dolore cronico come malattia</i>	71
1. Che cos'è il dolore cronico?	71
1.1. Introduzione	71
1.2. Il dolore come problema medico	72
1.3. Il dolore cronico come malattia nel Manuale di Bonica	75
1.4. Lo statuto ambiguo dei fattori psicologici nella medicina del dolore	78
1.5. Il dolore cronico come oggetto della medicina del dolore: un nuovo sguardo sul dolore	82
1.6. Dolore cronico e comportamento	83
1.7. Dolore cronico e comportamento abnorme di malattia	85
1.8. Dolore cronico, comportamento abnorme di malattia ed invalidità	88
1.9. Un approccio controverso al dolore cronico: la sindrome da dolore cronico	90
1.10. Conclusione	92
2. Che cos'è il dolore cronico?	95
2.1. Introduzione	95
2.2. Il dolore cronico nelle classificazioni di malattia	95
2.3. Il problematico status del dolore cronico come malattia	99
2.4. Dolore cronico e dualismo: quale dualismo?	101
2.5. Dolore cronico e depressione: una digressione	108
2.6. Conclusione	118
4. <i>La sindrome fibromialgica come malattia</i>	121
1. Fibromialgia: la storia infinita di una malattia	121
1.1. Introduzione	121
1.2. Una breve storia della fibromialgia	122

1.3. Esiste la sindrome fibromialgica?	127
1.4. La fibromialgia come sindrome di sensibilizzazione centrale: la risposta non è più nel vento?	130
1.5. Conclusione	132
2. La sindrome fibromialgica in Reumatologia	134
2.1. Introduzione	134
2.2. La fibromialgia in Reumatologia: un'indagine etnografica	136
2.3. Note conclusive: quante sindromi fibromialgiche?	162
3. I dolori del vivere con la fibromialgia	163
3.1. Introduzione	163
3.2. Il Progetto Benessere: riformulazione della ricerca	163
3.3. Visualizzare il dolore: la fotografia come mezzo per indagare le esperienze di malattia dei pazienti	168
3.4. Definire ed essere definiti dalla fibromialgia: le esperienze dei pazienti e lo status di malattia della fibromialgia	194
<i>Conclusione</i>	199
<i>Bibliografia</i>	205

Edizioni ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di dicembre 2016